Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530.2015130207

Onze referentie
2015130207

Bijlage
Rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ'

Datum 29 oktober 2015
Betreft Rapport *'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ'*

Geachte mevrouw Schippers,

In zijn vergadering van 26 oktober 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' besproken en vastgesteld. Het doet ons genoegen u dit rapport, dat u aantreft als bijlage bij deze brief, aan te bieden.

Omdat er twijfels bestonden over de vraag of vaktherapieën als ondersteunende behandeling in de geneeskundige GGZ voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en bovendien het onderscheid met dagbesteding onvoldoende duidelijk was, hebben wij in ons rapport *'Verslavingszorg in beeld – alcohol & drugs'* van oktober 2014 aangekondigd hiernaar onderzoek te zullen doen. In dit rapport doen wij hiervan verslag.

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Omdat onze conclusies en aanbevelingen in het rapport voor de verschillende klassieke vaktherapieën gelijk zijn, gebruiken wij voor deze therapieën in dit rapport ook wel het containerbegrip 'vaktherapie'.

Binnen de geneeskundige GGZ kan vaktherapie alleen worden aangeboden als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling van cliënten met een psychische stoornis. Hoewel vaktherapie en dagbesteding op het oog veel op elkaar lijken – het gaat vaak om creatieve en bewegingsactiviteiten – is het onderscheid in de praktijk helder. Het onderscheid zit hem vooral in de therapeutische werkwijze van vaktherapie gericht op (het leren omgaan met) de stoornis en het feit dat vaktherapie – om die reden – een nauwe relatie heeft met de behandeling van de hoofdbehandelaar. Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

Vaktherapie claimt een therapeutische (meer)waarde ten opzichte van behandeling zonder vaktherapie. Vaktherapie valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' waarop de norm 'stand van de wetenschap en praktijk' van toepassing is.

We hebben moeten constateren dat de effectiviteit van de verschillende vaktherapieeën in het verleden onvoldoende is onderzocht. Ons ontbreekt het dus aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. Toch willen wij op dit moment niet concluderen dat de klassieke vormen van vaktherapie niet tot de te verzekeren zorg behoren, omdat zij niet zouden voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De reden hiervoor is onder meer dat de toepassing van vaktherapie in de geneeskundige GGZ een lange traditie kent en ook al heel lang bestaande praktijk is, ook internationaal. Er bestaat noch in Nederland noch internationaal een onderzoekscultuur in de vaktherapie. Er is wel sprake van enige evidence. We zien dat bijvoorbeeld terug in een aantal (internationale) multidisciplinaire richtlijnen waarin vaktherapie wordt aanbevolen, weliswaar op basis van evidence van een laag niveau.

Daarom willen we de beroepsgroep de ruimte geven om op termijn het bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie alsnog te leveren. De beroepsgroep onderschrijft de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie en zet daar ook op in. Wij adviseren de Hogescholen waar vaktherapie wordt gedoceerd, vooral samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met universiteiten om goed wetenschappelijk onderzoek te waarborgen.

Eerste moment van peiling is in 2018, nadat de Generieke Module Vaktherapieën – die wordt ontwikkeld in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ – is opgeleverd. Uiteindelijk zal het Zorginstituut over 5 jaar alsnog uitspraak doen over de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling in de geneeskundige GGZ. Dit betekent dat de klassieke vormen van vaktherapie voorlopig als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling in het kader van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' (Zvw) kunnen blijven worden toegepast. Dit geldt ook voor runningtherapie als deze wordt toegepast als onderdeel de vaktherapeutische stroming psychomotorische therapie.

Equitherapie wordt binnen de geneeskundige GGZ niet aangeboden als onderdeel van een van de klassieke vaktherapeutische stromingen in het kader van een multidisciplinaire behandeling. Deze therapie wordt door de relevante beroepsgroepen niet gerekend tot het aanvaarde arsenaal van zorg bij psychische stoornissen. Om deze reden is equitherapie geen te verzekeren zorg is in het kader van de geneeskundige GGZ.

Om gepast gebruik van zorg te bevorderen vragen wij de NZa te onderzoeken of de Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ kan worden aangepast, zowel op het gebied van 'vaktherapie' als op het gebied van 'dagbesteding' en 'begeleiding'. Doel hiervan is de bekostigingsregels van deze activiteiten transparanter te maken, ongewenste prikkels tegen te gaan en de regels meer te laten aansluiten op de geldende wet- en regelgeving.

Hoogachtend,

prof. dr. A. Boer
Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ

Datum	29 oktober 2015
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer	2015014148
Auteurs	
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Samenvatting

In dit rapport verduidelijken we het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ. Het gaat daarbij niet alleen om het inhoudelijk onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding, maar ook wat de plaats is van deze zorgvormen binnen het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). We geven antwoord op de vraag welk bewijs er is voor de effectiviteit van de klassieke vaktherapieën als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen en gaan daarbij ook in op de nieuwere therapievormen zoals runningtherapie en equitherapie.

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Omdat onze conclusies en aanbevelingen in dit rapport voor de verschillende klassieke vaktherapieën gelijk zijn, gebruiken wij voor deze therapieën in dit rapport ook wel het containerbegrip 'vaktherapie'. Vaktherapie kan binnen de geneeskundige GGZ alleen worden aangeboden als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. Vaktherapeuten kunnen zelf geen hoofdbehandelaar zijn[1].

Bij een opname zal een cliënt, naast de behandeling, de behoefte hebben zijn dag zinvol door te brengen. Onder de noemer van dagbesteding worden verschillende activiteiten aangeboden, meestal in groepsverband. Deze lijken op het oog veel op de vaktherapie, aangezien het vaak om creatieve en bewegingsactiviteiten gaat. Het onderscheid zit vooral in de therapeutische werkwijze van de verschillende vaktherapieën gericht op (het leren omgaan met) de stoornis en het feit dat vaktherapie – om die reden – een nauwe relatie heeft met de behandeling van de hoofdbehandelaar. Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

Vaktherapie claimt een therapeutische (meer)waarde ten opzichte van behandeling zonder vaktherapie. Vaktherapie valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' waarop de norm '*stand van de wetenschap en praktijk*' van toepassing is. Het bieden van een zinvolle dagbesteding aan cliënten die zijn opgenomen, maakt onderdeel uit van een integraal, multidisciplinair zorgaanbod gedurende 24 uur. Begeleidingsactiviteiten zonder geneeskundig doel – in groep ook wel dagbesteding genoemd – vallen onder de te verzekeren prestatie 'verblijf'. Voor dagbesteding in het kader van verblijf, geldt de norm '*verantwoorde zorg en diensten*'.

Wat betreft de vraag welk bewijs er is voor de effectiviteit van de klassieke vaktherapieën als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen, hebben we moeten constateren dat de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën in het verleden onvoldoende is onderzocht. Ons ontbreekt het dus aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. Toch willen wij op dit moment niet concluderen dat de klassieke vormen van vaktherapie niet tot de te verzekeren zorg behoren, omdat zij niet zouden voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

[1] Het traject om het hoofdbehandelaarschap te herzien blijft in dit rapport buiten beschouwing. Eventuele wijzigingen zullen hun doorwerking hebben.

Wij hebben hier de volgende redenen voor:

- de toepassing van klassieke vormen van vaktherapie in de geneeskundige GGZ kent een lange traditie en is ook al heel lang bestaande praktijk, ook internationaal. Het gaat om behandelmethoden die de betrokken beroepsgroepen (psychiaters, klinisch psychologen) tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent.
- In het verleden viel de geneeskundige GGZ onder de AWBZ. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' was tot 1 januari 2012 niet opgenomen in de AWBZ. Om deze reden is de effectiviteit van de AWBZ-gefinancierde zorg in het verleden minder beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken. Waar mogelijk en nuttig werd de effectiviteit van AWBZ-zorg – als onderdeel van de doelmatige zorgverlening in het kader van de AWBZ – wel op dezelfde manier getoetst als dat gebeurt bij de Zvw-zorg. Een toets aan dit criterium is voor de vaktherapie echter nooit eerder uitgevoerd.
- Er bestaat noch in Nederland noch internationaal een onderzoekscultuur in de vaktherapie. Er is wel sprake van enige evidence. We zien dit bijvoorbeeld terug in een aantal (internationale) multidisciplinaire richtlijnen waarin vaktherapie wordt aanbevolen, weliswaar op basis van evidence van een laag niveau.
- De beroepsgroep onderschrijft de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie en zet daar ook op in. Een blijk van professionalisering van vaktherapie is de ontwikkeling van een 'Generieke Module Vaktherapieën' in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Gezien de therapeutische claim van vaktherapie wil het Zorginstituut op termijn bewijs zien voor de effectiviteit van vaktherapie. We willen de beroepsgroep de ruimte geven om dit bewijs alsnog te leveren. Dit betekent dat de klassieke vormen van vaktherapie voor volwassenen voorlopig als onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw kunnen blijven worden toegepast. Wij hebben er vertrouwen in dat er de komende jaren op dit terrein onderzoek zal worden gedaan, waaronder onderzoek naar de onderliggende mechanismen en naar de effecten van de verschillende vaktherapieën. Dergelijk onderzoek is ook zeer wel mogelijk. Wij zullen de ontwikkelingen op dit gebied nauw volgen. Eerste moment van peiling is in 2018 nadat de 'Generieke Module Vaktherapieën' is opgeleverd. Uiteindelijk zal het Zorginstituut over 5 jaar alsnog uitspraak doen over de vraag of er voldoende vertrouwen is dat vaktherapie leidt tot relevante (meer)waarde voor de verzekerde in vergelijking met behandeling zonder vaktherapie. Ons 'Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk' is hierbij leidend.

Onder de vaktherapeutische stroming psychomotore therapie (PMT) worden verschillende vormen van bewegingstherapie aangeboden, waaronder runningtherapie. PMT wordt in verschillende multidisciplinaire richtlijnen aanbevolen. Runningtherapie wordt bovendien in het kader van een erkende HBO-opleiding, als module PMT gegeven. Daarom doen wij ook voor runningtherapie op dit moment geen uitspraak over de vraag of deze therapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor gelden dezelfde overwegingen die wij hiervoor hebben beschreven. Ook hier geldt dat wij op termijn runningtherapie alsnog zullen beoordelen als onderdeel van de beoordeling van vaktherapie.

De vraag of equitherapie als onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundig zorg' in het kader van de Zvw kan worden toegepast is van een ander orde. Equitherapie valt op dit moment niet onder een van de genoemde vaktherapeutische stromingen. Equitherapie wordt ook niet gegeven als module bij een erkende vaktherapeutische opleiding zoals dat bij runningtherapie wel het geval is, en wordt dan ook niet toegepast in het kader van PMT. Het betreft een relatief nieuwe therapie die binnen de geneeskundige GGZ als ondersteunende interventie nog niet vaak wordt aangeboden. Wij concluderen dat het bij equitherapie – anders dan bij de klassieke vormen van vaktherapie – niet gaat om een interventie die door de betrokken beroepsgroepen als een adequate behandelmethode is aanvaard. Equitherapie valt daarmee niet onder de te verzekeren zorg in het kader van de geneeskundige GGZ.

Wij signaleren dat het bij de terminologie die wordt gebruikt in de Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ van de NZa ('dagbesteding' en het onderscheid tussen 'activerend begeleidingscontact' en 'ondersteunend begeleidingscontact') in feite gaat om AWBZ-terminologie. Deze terminologie sluit niet aan bij het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet. Omdat er een ongewenste prikkel uitgaat van de huidige bekostigingsregels vragen wij de NZa de mogelijkheden te onderzoeken om deze regels aan te passen. Door de bekostigingsregels beter te laten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw denken wij dat gepast gebruik kan worden bevorderd.

Aanbevelingen
Om te komen tot gepast gebruik van zorg doen wij de volgende aanbevelingen:
> Wij ondersteunen het initiatief van de FVB voor de ontwikkeling van een 'Generieke Module Vaktherapie' die in meerdere zorgstandaarden gebruikt kan worden.
> Wij roepen de beroepsgroep op om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie zodat op termijn (5 jaar) het bewijs kan worden geleverd. Ook zaken als het behandeldoel, met welke frequentie vaktherapie moet worden gegeven, de duur en de intensiteit ervan dienen daarbij te worden meegenomen.
> Wij adviseren de Hogescholen waar vaktherapie wordt gegeven toch vooral samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met universiteiten om goed wetenschappelijk onderzoek te waarborgen.
> De NZa vragen wij te onderzoeken of de Nadere Regel kan worden aangepast, in die zin dat daarbij de indeling in de vijf klassieke vaktherapieën wordt aangehouden. De categorie 'vaktherapie overig' kan daarmee vervallen. Hiermee wordt de inzet en de bekostiging van deze vaktherapieën transparanter.
> De NZa vragen wij te onderzoeken op welke wijze de bekostigingsregels van de activiteiten die nu onder de noemer 'dagbesteding' en 'begeleiding' kunnen worden geregistreerd, kunnen worden aangepast en daarbij na te gaan hoe eventuele ongewenste neveneffecten kunnen worden voorkomen. Het is wenselijk dat deze bekostigingsregels aansluiten bij de geldende wet- en regelgeving.

Kostenconsequentieraming
Nu de klassieke vormen van vaktherapie voorlopig als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling in het kader van de 'geneeskundige zorg' (Zvw) kunnen blijven worden toegepast, heeft dat op dit moment geen consequenties voor de kosten die met vaktherapie gemoeid zijn.

Indien de bekostigingsregels van de NZa voor vaktherapie worden aangepast en registratie mogelijk wordt op de vijf verschillende vaktherapeutische stromingen

dan geeft dit een goed inzicht in de tijdsinvestering en de daarmee gemoeide kosten van de afzonderlijke vaktherapieën. In dat geval kan de categorie 'overige vaktherapie' vervallen en wordt voorkomen dat hierin behandelingen worden geregistreerd, waarvan niet duidelijk is of deze tot de 'klassieke' vaktherapieën behoren. Ook door de bekostigingsregels voor 'dagbesteding' en 'begeleiding' meer te laten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw denken wij dat gepast gebruik kan worden bevorderd. Vanwege de vele onduidelijkheden is het echter niet mogelijk hiervoor een verantwoorde kostenconsequentieraming te maken.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In oktober 2014 heeft het Zorginstituut het rapport ‘Verslavingszorg in beeld – alcohol & drugs’ vastgesteld. In het kader van dit rapport heeft het Trimbos Instituut in opdracht van het Zorginstituut onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies bij verslavingsproblematiek. Het betrof een quick scan op basis van Nederlandse literatuur en de bestaande multidisciplinaire richtlijnen. Wat betreft vaktherapie kwam men tot de conclusie dat de verschillende vaktherapieën onvoldoende zijn onderzocht om een zekere uitspraak over de effectiviteit te rechtvaardigen.

In ons rapport hebben wij verder gesignaleerd dat het onderscheid tussen ‘begeleidings-/behandelingsactiviteiten waaronder vaktherapie’ en ‘dagbesteding’ in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Wij constateerden op basis van de toenmalige ‘Spelregels DBC-Onderhoud’ dat naast vaktherapie en begeleiding als onderdeel van de behandeling ook dagbesteding kan worden geregistreerd, maar dat de scheidslijn tussen deze vormen van zorg onvoldoende scherp is. Om die reden hebben wij aangekondigd onderzoek te zullen doen naar de inzet van vaktherapieën en het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding. Deze verheldering dient een inhoudelijk belang, maar is ook om kosteneffectieve overwegingen relevant: dagbesteding wordt in uren en vaktherapie wordt in minuten geregistreerd en is daarmee ook een duurder ‘product’.

1.2 Centrale vraag

In dit rapport willen wij de volgende vragen beantwoorden:
- Wat is het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding?
- Wat is de plaats van vaktherapie en dagbesteding in het huidige wettelijke kader en welke ‘norm’ uit het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk[2] hoort daarbij?
- Welk bewijs is er voor de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen?

1.3 Werkwijze

We hebben in onze zoektocht in eerste instantie de documentatie bestudeerd over het beleid en de praktijk van vaktherapie en dagbesteding. Vervolgens hebben we gerichte vragen gesteld aan de diverse veldpartijen. In de eerste plaats natuurlijk de vaktherapeuten en de activiteitenbegeleiders zelf, maar ook de andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt: psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Daarnaast hebben we ook de cliëntenorganisatie LPGGz, Zorgverzekeraars Nederland en de NZa geconsulteerd. Helaas is het niet gelukt om de psychiaters (NVvP) en GGZ Nederland in deze eerste consultatieronde te laten reageren. In de schriftelijke ronde hebben zij daar alsnog de gelegenheid voor gekregen.

Ook hebben we twee werkbezoeken afgelegd: bij Actenz van GGZ Ingeest en bij GGZ Rijnstreek, onderdeel van GGZ Rivierduinen.
Actenz is de afdeling van waaruit dagbesteding (activiteitenbegeleiding en bewegingsagogie) wordt geboden voor de cliënte van Ingeest en daarnaast biedt Actenz ook begeleiding en behandeling gericht op het vergroten van de participatie.

---
[2] Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk; geactualiseerde versie januari 2015

Bij GGZ Rijnstreek, locatie Alphen aan den Rijn mochten we aanwezig zijn bij de vaktherapie die daar op dat moment werd gegeven.

Om de vraag naar de effectiviteit van vaktherapie te beantwoorden heeft bureau ME-TA in samenwerking met de VU op ons verzoek een 'overview van reviews over vaktherapie in de geestelijke gezondheidszorg' uitgevoerd. Op basis van de resultaten van deze overview is de vraag gerezen of we nog tot een nadere bestudering van de literatuur over moesten gaan om mogelijke evidence van lager niveau in beeld te krijgen. Na consultatie van lectoren vaktherapie van de Hogescholen Windesheim, Zuyd en Stenden hebben we besloten dit niet te doen. We zullen de reden daarvoor verderop in het rapport toelichten.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport verhelderen we de plaats van de vaktherapie en de dagbesteding in de geneeskundige GGZ. In hoofdstuk 2 beantwoorden we de vraag wat vaktherapie is en hoe deze in de praktijk wordt gegeven. In hoofdstuk 3 gaan we in op de inhoud en praktijk van de dagbesteding. In hoofdstuk 4 beschrijven we het wettelijk kader van de vaktherapie en dagbesteding vanuit de historische context. Dit leidt in hoofdstuk 5 tot de beantwoording van twee eerste deelvragen. Namelijk de vraag wat het onderscheid is tussen vaktherapie en dagbesteding zowel inhoudelijk als bezien vanuit het wettelijk kader.

De derde deelvraag beantwoorden we in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag naar het bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. We laten zien op welke wijze naar evidence van vaktherapie is gezocht. Daarbij komen ook de andere therapieën aan bod, zoals equitherapie en runningtherapie.

In hoofdstuk 7 signaleren we het probleem van de afbakening tussen 'dagbesteding' en 'begeleiding in het kader van de geneeskundige GGZ'. Onze conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 8. Een samenvatting van de reacties van partijen volgt in hoofdstuk 9. Tenslotte formuleert het Zorginstituut zijn besluit in hoofdstuk 10.

2 Vaktherapie

2.1 Wat is vaktherapie?

2.1.1 Inleiding

Vaktherapie onderscheidt zich van de verbale therapievormen door de hantering van lichamelijke en/of kunstzinnige activiteiten als instrument, waarbij de 'ervaring' een essentieel onderdeel vormt. De cliënt wordt geholpen om toegang te krijgen tot herinneringen, gevoelens en emoties die niet direct verbaliseerbaar zijn of die op een disfunctionele manier zijn gerationaliseerd.[3] Vaktherapie kan worden ingezet bij mensen met psychische stoornissen en voor psychosociale problematiek, maar ook bij mensen met fysieke problemen. Binnen de verschillende vaktherapieën wordt gebruik gemaakt van een scala aan middelen zoals bewegen en dans, sport, spel, tekenen, boetseren, muziek maken, improvisatie en rollenspelen. Deze vormen zijn geen doel op zich, maar zijn middelen om de problematiek, klachten en/of gedrag van cliënten 'al doende' zichtbaar te maken en te doen ervaren.

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie (PMT). Creatieve therapie is de verouderde verzamelnaam voor de beroepsdomeinen beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie en muziektherapie. Deze term wordt echter in de praktijk nog wel vaak gebruikt. De systematische inzet van werkvormen, materialen en technieken in de genoemde disciplines zijn het voertuig voor de beroepsuitvoering: '*De overeenkomstige wijze waarop vaktherapeuten in en vanuit hun vakdiscipline een therapeutische relatie opbouwen, redeneren, diagnosticeren en behandelen, maakt hen tot één herkenbare groep van beroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg.'* [3]

Aangezien we ons in deze rapportage richten op vaktherapie voor volwassenen met een psychische stoornis, laten we vormen van vaktherapie aan kinderen en jeugdigen buiten beschouwing. Dit geldt ook voor vaktherapie die gegeven wordt binnen de ouderenzorg en mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking.

2.1.2 Geschiedenis

Vaktherapieën zijn na de 2^{e} wereldoorlog opgekomen, hoewel de aanzet ervoor al in het begin van de twintigste eeuw plaatsvond. In de Nederlandse GGZ, maar ook in de internationale GGZ vormt vaktherapie al meer dan 60 jaar een regulier onderdeel van de behandeling van psychiatrische patiënten. Lange tijd ontleende vaktherapie haar inspiratie aan uiteenlopende psychotherapeutische stromingen, waaronder de cliëntgerichte therapie, psychoanalyse en de cognitieve gedragstherapie. Vooral deze laatste stroming heeft zich een prominente plek weten te verwerven in de geestelijke gezondheidszorg en heeft ook de vaktherapie sterk beïnvloed. Vaktherapieën ontlenen ook veel inzichten aan andere, zogenaamde derde generatie therapieën, zoals Dialect Behavior Therapy (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Schema Focused Therapy (SFT) en Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). De theoretische principes die in deze therapieën worden gehanteerd en die veelal in verbale werkvormen uitgewerkt worden, lenen zich ook goed voor een meer ervaringsgerichte aanpak, waarbij de betrokkene al doende inzicht verwerft en tevens de mogelijkheid krijgt te oefenen met nieuw gedrag.

---

[3] 'GZ Vaktherapeut, Beroepscompetentieprofiel', GGZ Nederland en Federatie Vaktherapeutische Beroepen, Utrecht, juli 2012

2.1.3 *Vaktherapie nader bekeken*

Vaktherapeuten in de GGZ behandelen uiteenlopende categorieën cliënten, variërend van cliënten met gedragsproblemen, autisme of ADHD, cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, angsten en depressies of cliënten met verslavingsproblematiek. Vaktherapie wordt gebruikt bij problemen rond emotionele expressie, gevoels- en lichaamsbeleving, zelfbeeld, assertiviteit, herkennen en erkennen van cognities, sociale vaardigheden, rouwverwerking en bij spanningsregulatie.[4]

De lectoren vaktherapie die wij geconsulteerd hebben, zijn van mening dat het aangrijpingspunt van vaktherapie vaak een bepaald functioneringsgebied of domein is, en niet zozeer de stoornis 'an sich'. Met andere woorden; de functioneringsgebieden waarop zich problemen voordoen bij eetstoornissen, angststoornissen of psychoses kunnen hetzelfde zijn, omdat de onderliggende karakteristieken van de stoornissen vergelijkbaar zijn. Bovendien kunnen meerdere vaktherapieën (beeldend, muziek, PMT, etc.) een bijdrage leveren aan het verbeteren van een functioneringsgebied, bijvoorbeeld de emotieregulatie. Een emotieregulatie module kan vervolgens weer op verschillende manieren worden ingezet, afhankelijk van de exacte verstoring van de emotieregulatie: is bijvoorbeeld agressie extern gericht of juist naar binnen gericht? Dan verschilt de aanpak. Omdat de diagnostische categorieën niet altijd passen bij de etiologie en de aanpak van de problematiek, pleiten de lectoren voor een transdiagnostische invalshoek[5] bij vaktherapie. Overigens wil men de diagnostische categorieën ook niet helemaal loslaten. Ze geven immers wel richting aan de behandeling.

2.1.4 *Behandeldoelen vaktherapie*

De problematiek die door vaktherapeuten wordt behandeld heeft in het algemeen biologische, psychische en sociale componenten en kan zich afspelen op verschillende levensgebieden. Veel genoemde behandeldoelen zijn[6]:

1. Autonomie versterken, assertiviteit en/of zelfvertrouwen vergroten, zelfbeeld verbeteren.
2. Emoties reguleren en kunnen uiten, impulsen beter controleren, agressie kanaliseren.
3. Grenzen leren voelen, aangeven en kunnen handhaven.
4. Contact met eigen gevoelsleven maken en versterken, gezonde gedachten en gevoelens versterken.
5. Spanning reguleren, leren ontspannen, stress reduceren, leren omgaan met (irrationele) angst.
6. Stabiliseren, structureren, rehabiliteren en concentratie verbeteren.
7. Lichaamsbeleving verbeteren, lichaamssignalen herkennen.
8. Verwerken van verliezen en trauma's, versterken van copingvaardigheden.
9. Sociaal functioneren verbeteren, communicatieve vaardigheden vergroten, bewust zijn van jezelf en de omgeving, conflicten kunnen aangaan en probleemoplossend vermogen vergroten.
10. Verminderen van psychiatrische ziektesymptomen, zoals het verbeteren van stemming, verminderen van suïcidaliteit, en verminderen van negatieve symptomen.

---

[4] Aerts, e.a., 'Vakherapie in Noord Nederland, RGOc, oktober 2011

5 http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/issues/223/articles/5347: Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. Cognitive behavioural processes across psychological treatment. Oxford University Press, Oxford 2004. Ook: Brian C. Chu, (Guest Editor): Translating Transdiagnostic Approaches to Children and Adolescents. Cognitive and Behavioral Practice. Volume 19, Issue 1, February 2012.

[6] Consultatiebijeenkomst vaktherapeuten, Zorginstituut Nederland, najaar 2014

2.2 Indicatie, setting, frequentie en duur

2.2.1 Indicatie en contra-indicatie

In de praktijk bestaat er, naast de indicatie voor een specifieke behandeling, geen aparte indicatiestelling voor vaktherapie. Ook niet voor een specifieke vorm van vaktherapie. Daardoor kan de indruk ontstaan dat vaktherapie er nu eenmaal bijhoort, net zoals dagbesteding. De geconsulteerde vaktherapeuten bevestigen dat de indicatiestelling voor vaktherapie en het soort vaktherapie verfijning behoeft. Vaak is er in de verschillende behandelteams niet het hele scala van vaktherapieën beschikbaar en wordt de keuze mede bepaald door het aanbod binnen dat team of de instelling; een aanbod dat deels op inhoudelijke deels op basis van organisatorische overwegingen tot stand is gekomen. Vooral tijdens dagbehandeling of klinische behandeling krijgen cliënten soms meer vaktherapieën aangeboden. De reden hiervoor is – zo stellen een aantal vaktherapeuten – dat niet van te voren duidelijk is welke therapie werkt voor welke cliënt. Bovendien kunnen de vaktherapieën elkaar qua werking versterken.

Vaktherapie is in een aantal door de GGZ gebruikte zorgprogramma’s/zorgpaden (angststoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen) opgenomen. Echter, of en de mate waarin zorgprogramma’s of zorgpaden gebruikt worden is instellingsafhankelijk. In principe zijn er volgens de geconsulteerde partijen geen contra-indicaties voor vaktherapie. Desondanks is het niet gebruikelijk om bijvoorbeeld een verwerkingsgerichte vaktherapie aan te bieden aan patiënten die suïcidaal zijn of zeer agressief.

2.2.2 Setting, frequentie, duur en fasering

Vaktherapie kan binnen de geneeskundige GGZ alleen worden aangeboden als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. Vaktherapeuten kunnen zelf geen hoofdbehandelaar zijn[7]. Vaktherapie wordt klinisch, in deeltijd en ambulant aangeboden, in groepen en individueel. Uit de Noord Nederlandse cijfers[4] blijkt dat de meeste patiënten vaktherapie in groepsverband volgen (80%). De rest ontvangt individuele vaktherapie. De meeste vaktherapeuten hebben zowel groepen als individuele patiënten in hun caseload. Zo ziet 80% van de vaktherapeuten wekelijks gemiddeld acht individuele patiënten en 85% ziet vijf groepen per week van gemiddeld zes patiënten per groep.

Er is geen vastgestelde norm voor de frequentie van vaktherapie. In de praktijk blijkt elke vaktherapie gemiddeld eens per week plaats te vinden. Afhankelijk van het beschikbare aanbod, de aanwezige vaktherapeut en de indicatie, volgt een cliënt een of meer soorten vaktherapie per week. Dit gebeurt het meest in een klinische setting. In een ambulante setting kan zowel het aantal als de frequentie van vaktherapieën lager zijn dan eens per week. Vaktherapie vindt meestal plaats in een cyclus van 6-12 weken, waarbij de sessies variëren van 45 minuten tot 90 minuten. De cyclus kan verlengd worden met 4-8 sessies.

Vaktherapie wordt niet alleen gegeven als aanvulling of ondersteuning op een bepaalde behandeling, maar ook in een bepaalde *fase* van de standaardbehandeling. In verschillende fasen van de behandeling kan vaktherapie verschillende vormen aannemen, aldus de geconsulteerde vaktherapeuten en lectoren. In de acute fase van de problematiek ligt de nadruk op stabiliseren en motiveren, terwijl in de

[7] NZa Beleidsregel gespecialiseerde GGZ (NR-CU 556)

daaropvolgende fase gewerkt kan worden aan verwerking van bijvoorbeeld trauma's of het aanleren van nieuwe vaardigheden en weerbaarheid. Een niet verbale invalshoek kan stabiliserend werken en mensen sensitiveren voor de meer inzichtgevende insteek later in de behandeling. Een voorbeeld is de gefaseerde behandeling van traumagerelateerde problematiek. Deze problematiek vraagt om een weloverwogen (multidisciplinaire) afweging welke vorm van vaktherapie wordt ingezet en met welke insteek. Dit om de cliënt niet te overvragen in de fase van behandeling waarin sprake is van geringe belastbaarheid van de cliënt.

2.3 Ontwikkelingen in het vakgebied

2.3.1 *Professionalisering en kwaliteitsverbetering*

We zien een beweging naar verdere professionalisering en meer transparantie van het vakgebied. Dit blijkt uit het aandeel van vaktherapie in multidisciplinaire richtlijnen, een beroepscode en beroepscompetentieprofiel[3], actieve beroepsverenigingen in federatief verband, lectoraten op hogescholen en wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek.

De beroepsgroep is bezig vaktherapie beter te positioneren door het vaktherapeutisch aanbod te expliciteren en in modules te beschrijven.
Voor de vaktherapeut betekent dit een verandering in werkwijze; minder procesmatig maar meer werken volgens modules met van te voren vastgestelde doelen, tijdsduur en methodiek. De oude werkwijze moet steeds meer plaats maken voor een meetbare en methodisch overdraagbare manier van werken. In de praktijk zien we dat in enkele GGZ-instellingen al gebeuren.

2.3.2 *Multidisciplinaire richtlijnen (MDR) en kwaliteitsstandaarden*

In een aantal (multidisciplinaire) richtlijnen is vaktherapie meegenomen. Daarin wordt deze therapie aanbevolen of overwogen, ondanks dat de evidence van een laag niveau is. Het betreft angststoornissen, depressie, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. In de andere richtlijnen (ADHD, autisme en verslaving) is vaktherapie niet opgenomen. Omdat hier geen onderzoek naar is gedaan, is sprake van gebrek aan bewijs[8]. We gaan hier in hoofdstuk 6 dieper op in.

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen dateren van 2006 tot 2014. Bij de recent herziene richtlijnen (MDR depressie van 2013 en MDR autisme voor volwassenen 2014) wordt voor het onderdeel vaktherapie vooralsnog de versie van 2009 gehanteerd. Het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ[9] is onlangs overgegaan tot het ontwikkelen van zorgstandaarden en generieke modules voor verschillende psychische stoornissen. Per zorgstandaard wordt bekeken of de onderliggende MDR moet worden aangepast en zo ja, welk onderdeel. Ook zijn er diverse generieke modules in ontwikkeling, waaronder een 'Generieke Module Vaktherapieën'.

2.3.3 *Generieke Module Vaktherapieën – Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ*

Momenteel wordt in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ gewerkt aan een 'Generieke Module Vaktherapieën'. De doelstelling van de 'Generieke Module Vaktherapieën' is tweeledig. Enerzijds zal het bestaande informatie zodanig organiseren dat onderstaande vragen beantwoord worden en beschikbaar komen

---

8 ME-TA en VU, 'Overview van reviews', januari 2015

9 Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband dat is opgericht door de beroepsverenigingen van de psychiaters (NVvP) en de psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGz (LPGGz). In het netwerk participeren daarnaast GGz Nederland (GGz NL), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en een groot aantal andere relevante beroepsorganisaties en stakeholders. De oprichting van deze organisatie vloeit mede voort uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGz Volgens dit akkoord is de komende jaren een planmatige, continue verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals nodig. Het Netwerk wil in de komende vier jaar voor 80% van de meest voorkomende aandoeningen en stoornissen in de GGZ zorgstandaarden opstellen.

voor alle geïnteresseerden. Anderzijds biedt het vaktherapeutische professionals de mogelijkheid eigen interventies efficiënt en doelgericht te innoveren.

De 'Generieke Module Vaktherapieën' zal inzicht geven in:
> De indicatie: bij welke cliënten met welke psychische klachten/stoornissen is deze generieke module van toepassing?
> Behandeling en zorg: welke interventies bevat deze module en hoe zien deze eruit (doel interventies en aantal sessies).
> Effect: informatie over de mate waarin de interventie evidence based of consensus based is.
> Kwaliteit: aan welke kwaliteitseisen en criteria dienen vaktherapeutische professionals te voldoen om de interventie te kunnen uitvoeren?
> Verantwoordingsinformatie: welke kwaliteitsindicatoren zijn van toepassing en welke informatie moet daarvoor op welk moment in het zorgproces worden vastgelegd?
> De organisatie van het zorgproces.
> De locatie waar de interventie beschikbaar is in de regio.

Deze module zal naar verwachting in 2017 gereed komen.

Verder wordt er momenteel door ProPersona gewerkt aan een beschrijving van vaktherapie in een matrix[10]. In deze matrix wordt per vaktherapeutische discipline inzichtelijk gemaakt welke interventie bij welk functioneringsgebied past. De lectoren vaktherapieën van de hogescholen willen de komende maanden met het veld de bruikbaarheid van de genoemde matrix bespreken en komen tot consensus over een definitieve vorm van de matrix. Deze matrix zal tevens ingebracht worden bij de ontwikkeling van de Generieke Module Vaktherapieën.

2.3.4 *Lectoraten op hogescholen*

Onderzoek naar vaktherapie vindt plaats binnen lectoraten met docentonderzoekers van de opleidingen en vaktherapeutisch professionals uit de praktijk. In Nederland zijn er vier lectoraten die zich richten op onderzoek naar vaktherapeutische disciplines, te weten:

- het lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVak), een samenwerkingsverband tussen verschillende hogescholen, gestationeerd bij Hogeschool Zuyd. Bij KenVak gaat het zowel om 'vaktherapeutisch breed' onderzoek als onderzoek met het accent op de beeldende therapie, de muziek-, dans- en dramatherapie.[11]
- het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn (BGW) bij Hogeschool Windesheim. Hier wordt onderzoek gedaan naar de interventies die door psychomotorische therapeuten worden aangeboden. Dit onderzoek voltrekt zich langs drie lijnen: onderzoek naar lichaamsbewustzijn, onderzoek naar interventies gericht op regulatie van emoties en gedrag en onderzoek gericht op de invloed van expressie en ontspanning op mentale problematiek.[12]
- het lectoraat Social Work and Art Therapies bij hogeschool Stenden. Hier wordt onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van de beeldende therapie.[13]
- het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG) bij Hogeschool Leiden. Hier wordt onderzoek gedaan met betrekking tot het kennisdomein van de antroposofische gezondheidszorg, onder andere op het gebied van de kunstzinnige therapie.[14]

---

10 K. Hilderink, 'De Matrix Vaktherapie', Tijdschrift voor vaktherapie 2015/2, jaargang 11,©FVB
11 Zie: www.kenvak.nl
12 Zie: www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/bewegen-en-sport/bewegen-gezondheid-en-welzijn
13 Zie: www.stenden.com/nl/bedrijven/lectoraten/swat/Pages/default.aspx
14 Zie: www.hsleiden.nl/lectoraten/antroposofische-gezondheidszorg/

Binnen bovengenoemde lectoraten werken lectoren, docentonderzoekers en vaktherapeutisch professionals aan innovaties en onderzoeksprojecten. Ook bieden de lectoraten de mogelijkheid voor vaktherapeutisch professionals om te promoveren. Binnen een promotietraject wordt in samenwerking met een universiteit een meerjarig onderzoek opgezet en uitgevoerd. Hierbij streeft men naar participatie van zowel bachelor- als masterstudenten. Door deze trajecten ontstaat er een doorlopende leerlijn van bachelor naar master en PhD niveau.

2.3.5 *De beroepsvereniging van vaktherapeuten*

Parallel aan de professionalisering van het vakgebied, zijn sinds 2006 de afzonderlijke vaktherapeutische beroepsverenigingen gebundeld in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) met een beroepsregister en een eigen vakblad. Sinds 2008 kunnen vaktherapeuten zich laten registreren in het Register Vaktherapie.

Per 1 juli 2014 zijn de regels voor het registreren in het Register Vaktherapie aangepast. Met deze wijziging sluit het register beter aan op de eisen die het BIG-register stelt aan de BIG geregistreerde HBO beroepsgroepen en ook aan de eisen van het Kwaliteitsregister Paramedici. Verder is het onderscheid tussen het register en het senior register duidelijker gemaakt. Het register is door de FVB in het leven geroepen om de kwaliteit van de beroepsgroep te waarborgen. Men kan zich alleen laten registreren als men voldoet aan bepaalde kwaliteitsnormen, onder andere dat men een erkende bachelor opleiding tot vaktherapeut heeft gevolgd en voldoet aan overige eisen op het gebied van werkervaring, bij- en nascholing, supervisie en enkele facultatieve activiteiten. Er is ook een senior register voor vaktherapeuten die een erkende masteropleiding hebben afgerond.

De FVB streeft tevens naar opname van de vaktherapeutische beroepen (GZ-Vaktherapeut) in artikel 34 van de Wet BIG (beschermde opleidingstitel). Dit is echter nog niet gelukt, waardoor iemand zonder enige opleiding zich vaktherapeut kan noemen. De FVB meent dat *"wettelijke bescherming van de opleidingstitel GZ-vaktherapeut, patiënten bescherming biedt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen"*.[15]

2.4 Gegevens vaktherapie

2.4.1 *Aantal vaktherapeuten in Nederland, per werkvorm en per setting*

Vaktherapeuten zijn te vinden binnen de geestelijke en somatische gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening, het speciaal onderwijs, de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking, verpleeghuiszorg, de forensische zorg, de verslavingszorg, gevangenissen en justitiële jeugdinrichtingen, de hulpverlening aan slachtoffers van delicten, de hulpverlening aan oorlogsslachtoffers en in het vluchtelingenwerk.[16] Hun aantal wordt geschat op 2137, gebaseerd op het ledenaantal van de FVB. Aangezien geschat wordt dat 60-65% van het aantal werkzame vaktherapeuten lid is van deze beroepsvereniging, zal het daadwerkelijk aantal werkzaam in deze sectoren hoger liggen.

[15] Brief FVB aan minister Schippers over de aanvraag Artikel 34 Wet BIG, dd. 28 mei 2014.
[16] Smeijsters, H, Handboek Creatieve Therapie, Coutinho, 2008

In 1996 telde Nederland 981 vaktherapeuten werkzaam in de GGZ.[17] Anno 2015 is het exacte aantal niet bekend. Het ledenbestand van de FVB bestaat op dit moment uit 861 leden die werkzaam zijn in de GGZ, inclusief de kinderpsychiatrie, de langdurende GGZ (RIBW-en), de verslavingszorg, de forensische psychiatrie, op de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Universitair Medische Centra. Als we ook hier in aanmerking nemen dat 60-65% van het totaal aantal werkzame vaktherapeuten lid is van de FVB, dan kunnen we concluderen dat het aantal werkzame vaktherapeuten in de GGZ de afgelopen 19 jaar gegroeid is naar ongeveer 1300. Dit aantal neemt overigens de laatste tijd af als gevolg van bezuinigingen in de sector.

Landelijke cijfers over het aantal vaktherapeuten per discipline zijn moeilijk te vinden. Een indicatie geeft het onderzoek in de Noord Nederlandse volwassenen GGZ (GGZ Friesland, Lentis, GGZ Drenthe en het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG).[4] De vaktherapeuten die daar in loondienst zijn, hebben een minimum aanstelling van 4 uur en een maximum van 38. De grootste groep (70%) heeft een aanstelling van 24 uur. De grootste groep vaktherapeuten zijn de psychomotorisch therapeuten (PMT), daarna komen de beeldend therapeuten, met op de derde en vierde plaats de dramatherapeuten en de muziektherapeuten.

Vaktherapie	**Noord Nederland**
Psychomotorisch	56%
Beeldend	33%
Muziek	6%
Drama	5%
Dans	0%

Van de vaktherapeuten werkt 20% met cliënten uit alle settingen: ambulant, klinisch of deeltijd. PMT-ers werken gemiddeld iets meer met cliënten in klinische settingen dan de andere vaktherapeuten, terwijl dramatherapeuten nauwelijks cliënten in de klinische setting hebben. Vaktherapie in de ambulante behandeling komt het meest voor.[4]

2.4.2 *Opleiding*

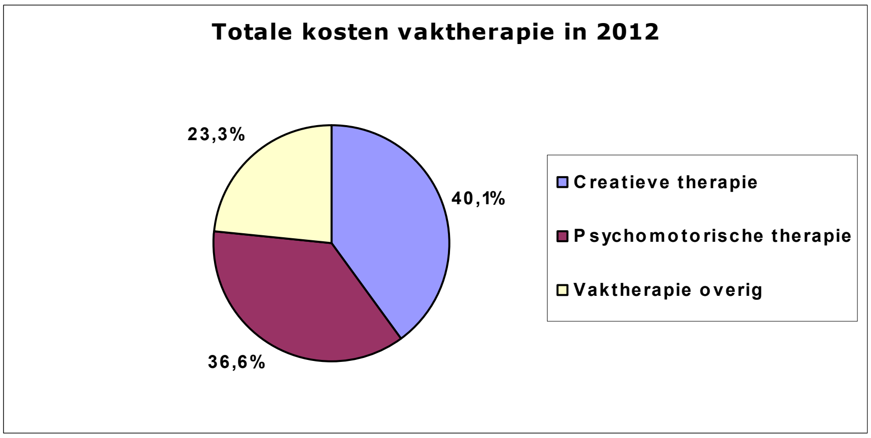
Vaktherapeuten zijn geschoold op bachelorniveau (HBO of WO). In alle disciplines kan een masteropleiding gevolgd worden. De vaktherapeut die de bacheloropleiding succesvol heeft afgesloten, is in staat om als beeldend, dans-, drama-, muziek- of psychomotorisch therapeut zijn vak integraal uit te oefenen.

2.4.3 *Kosten van vaktherapie*

Uit het DBC-Informatiesysteem (DIS) hebben we over het jaar 2012 gegevens over het aandeel van vaktherapie in de kosten van de totale behandeling. We gaan ervan uit dat deze cijfers compleet zijn. Er wordt in DIS geen onderscheid gemaakt tussen klinische en ambulante behandeling.
De totale kosten van de behandeling van elf stoornissen: autisme, ADHD, eetstoornis, verslaving (alcohol, cocaïne en opioïde), psychotische stoornis, depressieve stoornis, stemmingsstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en persoonlijkheidsstoornis bedroegen in 2012 € 1,6 miljard. De kosten van vaktherapie in deze behandeling bedroegen in deze periode tussen de € 40,9 en € 43,6 miljoen. In percentages is dit tussen de 2,6 % en 2,7% van de totale behandeling.

[17] Hutschemaekers, G en L. Neijmeijer, 'Beroepen in beweging: professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ, Trimbosinstituut, 1998.

In onderstaande tabel zijn die kosten uitgesplitst naar type vaktherapie:



2.4.4 *Registratie DBC*

In de 'Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ' van de NZa[18] zijn de declaratiebepalingen voor de gespecialiseerde GGZ opgenomen, waaronder in bijlage IV de activiteiten en verrichtingenlijst (verder: de Nadere Regel). De 'Nadere Regel' maakt bij vaktherapie onderscheid in drie categorieën. Deze indeling is meer grofmazig in vergelijking tot de indeling van de FVB, die vijf categorieën hanteert. En deze indeling correspondeert ook niet met de indeling die de vaktherapeuten tegenwoordig zelf hanteren.

Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ	Federatie Vaktherapeutische Beroepen
1. Creatieve therapie	1. Beeldende therapie 2. Danstherapie 3. Dramatherapie 4. Muziektherapie
2. Psychomotore therapie	5. Psychomotore therapie
3. Vaktherapie overig	--

Dit heeft consequenties voor een goed inzicht in de tijdsinvestering en de daarmee gemoeide kosten van de afzonderlijke vaktherapieën. De categorie 'vaktherapie overig' werkt in de hand dat hierin behandelingen kunnen worden geregistreerd waarvan niet duidelijk is of deze tot de 'klassieke' vaktherapieën behoren. Evenals het (laten) registreren van dagbestedingsactiviteiten onder deze noemer wanneer een organisatie dergelijke activiteiten ook betitelt als 'vaktherapie' of als 'vaktherapie en dagbesteding' organisatorisch een gezamenlijk cluster zijn.

2.4.5 *Invloed van beddenreductie op de vaktherapie*

Sinds een aantal jaren is het beleid van de overheid en GGZ-sector gericht op beddenreductie. Een derde van de bedden moet worden afgebouwd. Het Trimbos instituut constateert dat sinds 2012 een daling van de klinische opnames waar te nemen is.[19] Dat heeft ook gevolgen voor de organisatie van de zorg: minder en kortere klinische opnames. Alleen voor de meest ernstige cliënten en alleen als het echt noodzakelijk is, dus vooral bij crisissituaties. Een goede mix van disciplines op een klein budget is een punt van zorg voor veel GGZ-instellingen. Wat is financieel nog haalbaar en wanneer komt de kwaliteit van zorg voor cliënten in het geding?

---

[18] NZa: Nadere Regel NR/CU-556 Gespecialiseerde GGZ

[19] Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1: organisatie, structuur en financiering. Ambulantisering. Utrecht, 2012

Een te klein volume maakt het niet mogelijk om vaktherapeuten te koppelen aan een bepaalde afdeling. Met kleine aanstellingen moeten ze meerdere afdelingen bedienen. Dat heeft ook gevolgen voor de communicatie tussen vaktherapeuten en hoofdbehandelaar. De vaktherapeut kan niet altijd aan alle behandelplan-besprekingen deelnemen en de hoofdbehandelaar kan maar in beperkte mate voldoen aan zijn eindverantwoordelijkheid voor de behandeling als geheel.[20] Ondanks de voorgestane ambulantisering, ziet het er niet naar uit dat vaktherapeuten meer in de ambulante behandeling worden ingezet. Dat heeft ook te maken met het feit dat de opbouw van ambulante plaatsen geen gelijke tred houdt met de afbouw van bedden.[21]

Vanwege de korte opnames zijn vaktherapeuten in een klinische setting niet altijd meer in staat om het hele therapeutische scala aan interventies die ze tot hun beschikking hebben, uit te voeren. In de kliniek ligt het accent op diagnostiek, het (opnieuw) instellen van medicatie, stabilisering, veiligheid creëren, en eventueel motiveren tot verdere (ambulante en dag-)behandeling. Dat geldt dus ook voor de vaktherapie. In de ambulante of dag/deeltijdbehandeling ligt de nadruk meer op het therapeutische karakter van vaktherapie (verwerking, vaardigheden aanleren en deze ook leren toepassen in het dagelijks leven). Het ‘behandelen’ vindt in zijn algemeen in deze setting meer plaats dan in de kliniek. Er zijn signalen dat GGZ-instellingen kritisch kijken naar de toegevoegde waarde van vaktherapie; er wordt al op vaktherapeuten bezuinigd.

2.5 Overige therapievormen

2.5.1 Runningtherapie en equitherapie

In de praktijk worden ook andere therapievormen – dan de in het door de FVB vastgestelde beroepscompetentieprofiel opgenomen vaktherapieën – aangeboden, zoals runningtherapie en equitherapie.

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop onder begeleiding van een runningtherapeut als aanvullende behandelvorm voor mensen met psychische klachten. Het is een therapievorm waarbij het praten in eerste instantie ondergeschikt is aan het bewegen.

Bij equitherapie gaat het om het verlenen van hulp, waarbij gebruik wordt gemaakt van paarden. Er zijn verschillende termen in omloop om begeleiding waarbij paarden worden ingezet te omschrijven. Behalve ‘Equitherapie’ spreekt men ook wel over ‘Equine Assisted Therapy’ of ‘Equine Mediated Therapy’. Het begrip equitherapie is in Nederland geïntroduceerd door de Stichting Helpen met Paarden (SHP-E). Bij het therapeutisch paardrijden – equitherapie – gaat het erom het contact en bewegen met het paard doelmatig te gebruiken om zo therapeutische effecten te bereiken. Dit op lichamelijk maar ook op psychisch vlak. Equitherapie houdt in, dat het paard met zijn specifieke sociale leer- en bewegingsmogelijkheden meewerkt als ‘co-therapeut’ om mensen (kinderen en volwassenen) met psychische en/of lichamelijke problemen systematisch te helpen of ze in hun ontwikkeling te bevorderen[22].

---

[20] De commissie Meurs heeft een advies uitgebracht om in deze situatie verbetering aan te brengen en per behandeling een ‘regiebehandelaar’ in te stellen. De minister steunt in hoofdlijnen dit advies. Commissie Hoofdbehandelaarschap, ‘Hoofdbehandelaarschap als noodgreep’, 18 mei 2015

[21] Het Trimbosinstituut is in januari 2015 een Monitor gestart naar de ambulantisering en hervorming in de langdurende GGZ. De resultaten daarvan eind 2015 te verwachten.

[22] http://www.equitherapie.org/page/Equitherapie

Runningtherapie en equitherapie zijn niet aangesloten bij de FVB. Ze hebben elk een eigen stichting: De Stichting Running Therapie Nederland (SRTN) en de Nederlandse Stichting Helpen met Paarden-Equitherapie (SHP-E).

Beide stichtingen hebben een registratieprocedure. De therapeuten mogen de titel en logo gebruiken als ze voldoen aan eisen van de intern gegeven opleiding/training. De SRTN onderscheidt drie typen running therapeuten: een runningtherapeut met erkende registratie, een runningtherapeut zonder registratie en een runningtherapeut die zich via de stichting op een profielpagina of vermelding op die website heeft geabonneerd. Op de site van de SRTN staan 64 running-therapeuten, verspreid over het land, waarvan 23 zijn geregistreerd. Niet duidelijk is of alle runningtherapeuten van Nederland bij deze Stichting zijn aangesloten.

De SHP-E onderscheid vijf typen leden: equitherapeut in opleiding, assistent equitherapeut, coördinator equitherapie, gediplomeerd equitherapeut en gecertificeerd/geregistreerd equitherapeut SHP.

Zowel voor runningtherapie als voor equitherapie geldt dat iedere therapeut als zodanig aan de slag kan. Een opleiding is dus niet verplicht. De SRTN en SHP-E zeggen te waken over de kwaliteit van de therapie en degenen die haar praktiseren, door bij- en nascholing dan wel supervisie aan te bieden.

De SHP-E verzorgt een opleiding voor equine assisted activities, hetgeen te vergelijken is met dagbesteding met paarden. Deze opleiding duurt een jaar. Daarnaast bestaat een tweejarige opleiding voor therapeutische interventies met paarden. De SHP-E is bezig de door haar aangeboden post HBO-opleiding Equitherapie (SHP) te laten accrediteren.

In de HBO-opleiding PMT krijgen studenten een module runningtherapie. Voor equitherapie is er geen equivalent. Om deze reden wordt runningtherapie als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ ook wel toegepast als een *methode of interventie* van PMT. Dit geldt niet voor equitherapie. Running- en equitherapie worden ook wel aangeboden als zelfstandige therapie door vrijgevestigde therapeuten.

3 Dagbesteding

3.1 Wat is dagbesteding?

3.1.1 De praktijk van dagbesteding

Uit onze werkbezoeken is gebleken dat dagbesteding in de geneeskundige GGZ zowel in ambulante setting als bij een intramurale opname wordt aangeboden. Ze bestaat veelal uit dagstructurering, het bieden van een ontmoetingsfunctie en er worden recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten aangeboden, waarbij ook het sociale aspect van belang is.

In de intramurale setting is dagbesteding noodzakelijk, omdat de opname niet alleen maar uit behandeling (door vaktherapeuten, psychologen en psychiaters, etc.) kan bestaan. Een cliënt moet ook, zoals de LPGGz zo treffend zegt: 'een reden hebben om zijn bed uit te komen'. Een belangrijk doel van de dagbesteding is dan ook om mensen (letterlijk) weer in beweging te krijgen. In een acute fase van de stoornis is het moeilijk om doelen te realiseren. Er wordt gekeken naar wat iemand (aan) kan. Soms is het alleen al belangrijk om structuur in de dag aan te brengen, het dag- en nachtritme weer te normaliseren en een wekker zetten. Maar daarnaast kan het heilzaam zijn om weer onder de mensen te komen, iets te ondernemen, in een groep te leren functioneren, afleiding te hebben, te ontspannen, zelfvertrouwen op te bouwen en weer fit te worden.

3.1.2 Opleiding en beroep

De opleidingsachtergrond van de medewerkers die dagbesteding uitvoeren zijn verschillend. Meestal zijn ze MBO opgeleid, een enkele keer HBO opgeleid, maar dan ingeschaald op MBO-4 niveau. Bij de dagbesteding gaat het vooral om activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen. Daarnaast worden er bij verschillende begeleidingsactiviteiten trajectbegeleiders, jobcoachen, oefentherapeuten Mensendieck en ergotherapeuten ingezet. Sommige instellingen kiezen voor medewerkers van het hoogste opleidingsniveau (MBO-4), anderen hebben een mix met MBO medewerkers van een lager niveau. Instellingen die alleen kiezen voor niveau 4 doen dit, omdat 'de problematiek van de groep cliënten waarmee in de klinieken gewerkt wordt, steeds complexer wordt en dus riskanter voor medewerkers die te weinig van psychische stoornissen (en hoe daarmee om te gaan) afweten'.

3.1.3 Multidisciplinair overleg

De activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen nemen in het algemeen niet deel aan het multidisciplinair overleg. De informatieoverdracht met de behandelaar verloopt meestal via de verpleegkundigen.

3.1.4 Groepsaanbod versus individueel aanbod

De dagbesteding wordt groepsgewijs aangeboden en bestaat vaak uit een keuzepakket. Daarbinnen is in overleg met de cliënten een op maat gesneden aanbod mogelijk. Gemiddeld maken cliënten twee à drie keer per week gebruik van een activiteit. Een activiteit duurt ongeveer één à anderhalf uur. Er wordt in groepen van zes cliënten gewerkt. Dagbesteding in een groep brengt ook risico's met zich mee. Niet alle cliënten zijn in staat om in een groep te functioneren, bijvoorbeeld wanneer zij als gevolg van hun problematiek 'acting-out' gedrag gaan vertonen.

Er is minder zicht op wat er zich afspeelt in de groep en het vraagt meer van medewerkers om de negatieve interactie in goede banen te leiden. Daarmee wordt de kwaliteit van deze zorg suboptimaal.

Individuele dagbesteding kan worden aangeboden, maar in de praktijk gebeurt dit niet of nauwelijks. Individuele dagbesteding is vanwege de bekostigingsregels niet kostendekkend, tenzij dit gebeurt in de vorm van een inloopconstructie.
Indien nodig wordt deze vorm van dagbesteding onder de DBC-noemer 'individuele begeleiding' gegeven door HBO-opgeleide medewerkers. Het voordeel van de individuele begeleiding is dat er in dit tarief, in tegenstelling tot de dagbesteding, indirecte tijd voor overleg en rapportage is meegenomen. En die tijd is nodig, aangezien dit in het kader van een behandelplan plaatsvindt en onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. HBO-opgeleide vaktherapeuten hebben die indirecte tijd wel.

Een manager van de dagbesteding zegt: '*je komt in de verleiding om hen (vaktherapeuten) in te zetten voor de individuele dagbesteding, maar het is oneigenlijk en onnodig duur; we doen het dan ook niet. Maar het huidige systeem levert dus wel een perverse prikkel op. MBO-4 opgeleide verpleegkundigen, mits BIG geregistreerd, mogen wel individuele begeleiding registreren. Ik zou graag zien dat deze mogelijkheid er ook voor MBO-4 opgeleide activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen zou zijn*'.

3.2 Bekostiging dagbesteding

3.2.1 Dagbesteding volgens de Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ van de NZa[18]

Volgens de Nadere Regel kan iedereen – onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar – binnen de DBC dagbesteding registreren. In deze regels wordt het doel van dagbesteding als volgt geformuleerd: "*Het doel van dagbesteding is: het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Binnen de (Zvw-gefinancierde) geneeskundige-GGZ is het van belang dat de dagbesteding: altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling; terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.*"

In de Nadere Regel worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:
- dagbesteding sociaal (ontmoeting);
- dagbesteding activering (dagactiviteiten);
- dagbesteding educatie;
- dagbesteding arbeidsmatig;
- dagbesteding overig.

> Dagbesteding sociaal (ontmoeting)
De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

> Dagbesteding activering
Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.

> Dagbesteding educatie
Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.

> Dagbesteding arbeidsmatig
Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.

> Dagbesteding overig
Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.

Er kan alleen dagbesteding geregistreerd worden als de patiënt ook daadwerkelijk aanwezig is. Het schrijven van tijd is anders voor dagbesteding dan voor diagnostiek- en behandelactiviteiten. De registratie van diagnostiek- en behandelactiviteiten gebeurt in minuten en de registratie van dagbesteding gebeurt in uren.

Zowel uit de Nadere Regel als uit onze werkbezoeken en gesprekken met activiteitenbegeleiders van de dagbesteding blijkt dat er in de praktijk een ruime invulling gegeven wordt aan de term dagbesteding in die zin dat daarin ook begeleidingsactiviteiten zijn begrepen. Het gaat – naast een zinvolle daginvulling voor cliënten die zijn opgenomen – ook om vormen van dagbesteding die meer het karakter hebben van begeleiding. Vooral ‘dagbesteding activering’, ‘dagbesteding educatie’ en ‘dagbesteding arbeidsmatig’ wijzen in die richting. Hierin is een volgordelijkheid in de vrijblijvendheid van activiteiten aangebracht.

De mate van vrijblijvendheid is oplopend, dus van sociaal naar recreatief, naar educatie en naar arbeidsmatig. Wij constateren dat de eerste twee vormen van dagbesteding nog het meest lijken op de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever voor zover het gaat om dagbesteding in het kader van de Zvw, namelijk het bieden van een zinvolle daginvulling/dagstructurering aan cliënten die zijn opgenomen. Terwijl er bij dagbesteding educatie en arbeidsmatig meer sprake lijkt te zijn van begeleiding (Zvw). Alle in de Nadere Regel genoemde vormen van dagbesteding worden in de praktijk aangeboden aan zowel (dag)klinische als ambulante cliënten. Het is de vraag in hoeverre dit strookt met de geldende wet- en regelgeving. We komen hier in de volgende hoofdstukken op terug.

3.3 Maatschappelijke ontwikkelingen

3.3.1 Bevordering van herstel

Rehabilitatie, herstel en participatie zijn steeds meer de kernbegrippen geworden in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Speciale voorzieningen voor ontmoeting, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie bestaan al langer. De laatste jaren verspreiden methodieken als de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en - rond werk - Individuele Plaatsing en Steun (IPS)[23] zich gestaag over het GGZ-veld.

[23] In de MDR schizofrenie wordt IPS aanbevolen. De meerwaarde van deze veelomvattende interventie is weliswaar overtuigend aangetoond in buitenlandse studies, maar niet in een studie die in Nederland is uitgevoerd.

Datzelfde geldt voor cliëntgestuurde voorzieningen rond herstel. Ondertussen wordt binnen bredere samenwerkingsverbanden zoals wijkgerichte projecten en in maatschappelijke steunsystemen gewerkt aan de integratie en participatie van kwetsbare burgers, waaronder mensen met ernstige psychische aandoeningen.
De vraag is of de termen dagbesteding en begeleiding nog wel de lading dekken van een trend die al enige tijd gaande is en niet alleen de geneeskundige GGZ betreft.

Tijdens de consultatiebijeenkomst met de LPGGz heeft de cliëntenorganisatie gewezen op het belang van activiteiten die gericht zijn op meer zelfstandigheid, participatie in de samenleving, toeleiding naar zinvol (vrijwilligers) werk of naar een opleiding. Zij dragen bij tot herstel van cliënten. Volgens de LPGGz zorgt bijvoorbeeld IPS ervoor dat cliënten weer aan het werk gaan.

Ook zouden volgens de LPGGz de herstelbevorderende activiteiten tijdens een klinische opname al zoveel mogelijk naar buiten gericht moeten zijn, waarbij participatie in de samenleving het doel is. Dat zou ook aansluiten bij de noodzakelijk geachte ambulantisering van de GGZ. Maatschappelijk herstel impliceert aansluiting van intramurale naar extramurale herstelactiviteiten. In de GGZ zien we dan ook dat een aantal instellingen activiteitenbegeleiders (in de dagbesteding) inzetten als trajectbegeleiders die cliënten helpen de integratie in de maatschappij te realiseren. Herstelbevorderende activiteiten waar in het kader van de Zvw een begin mee is gemaakt, kunnen in het kader van de Wmo worden voortgezet. De LPGGz pleit voor een continuüm tussen beiden met de daaraan verbonden financieringsstelsels.

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ werken partijen aan een 'Generieke Module voor Herstelondersteunende zorg'. Herstelondersteunende zorg is gericht op het bevorderen van het herstelproces binnen en buiten de GGZ. De leefwereld, het levensverhaal, de wensen en prioriteiten van patiënten zijn dan leidend, evenals de eigen krachten, ervaringskennis en hulpbronnen van patiënten. Het begrip 'herstelondersteunende zorg' omvat daarom het zorgdragen voor de beschikbaarheid van een breed scala aan herstelbevorderende activiteiten, faciliteiten, attitudes en gedragingen. Kenmerkend voor herstelondersteunende zorg is ook een minder hiërarchische en meer gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en patiënt, waarbij het voeren van de eigen regie door de patiënt gestimuleerd en gehonoreerd wordt[24].

3.3.2 *(Arbeids)participatie GGZ*

In het kader van de geneeskundige GGZ wordt specialistische behandeling geboden, waaronder begeleiding. Het is de vraag waar de herstelbevorderende activiteiten in het kader van de geneeskundige GGZ (Zvw) ophouden en waar deze overgaan op activiteiten die meer op het terrein van de Wmo liggen, de Participatiewet of de Wet werk en zekerheid (Wwz). Het antwoord op deze vraag ligt vooralsnog buiten het bestek van dit advies.

Bij brief van 28 mei jl. heeft de minister van VWS het Zorginstituut gevraagd meer inzicht te geven in de reikwijdte van de Zvw als het gaat om (arbeids)participatie.
In de brief stelt de minister de volgende vragen:

> In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals plegen tot bevordering van arbeid of participatie van de cliënt sprake van verzekerde zorg (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder het basispakket vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?

[24] http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-herstelondersteunenende-zorg/

> Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek of privaat/werkgever)?
> Sluit de Zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welk terreinen?

Het Zorginstituut zal voor 1 juli 2016 een duiding uitbrengen over deze problematiek.

4 Wettelijk kader vaktherapie en dagbesteding

4.1.1 *Historie*

Tot 1 januari 2008 was de GGZ geregeld in het kader van de AWBZ. De termen dagbesteding en vaktherapie werden in de AWBZ niet benoemd als zelfstandige aanspraak, maar vielen onder een van de functiegerichte AWBZ-aanspraken, te weten:

> behandeling;
> verpleging;
> huishoudelijke verzorging;
> persoonlijke verzorging;
> activerende begeleiding;
> ondersteunende begeleiding.

Bij de overheveling van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw is alleen de *geneeskundige* GGZ (G-GGZ) overgedragen. Dit betekende voor de functiegerichte AWBZ-aanspraken het volgende:

Behandeling
Geneeskundige GGZ is zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis. Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is begrepen het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundige doel. Deze op genezing gerichte GGZ is met ingang van 1 januari 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Verpleging
In het kader van de GGZ wordt bij verpleging gedacht aan de zorg door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. De activiteiten van deze verpleegkundige bestaan voor een deel uit verpleging, zoals het toedienen van medicijnen en voor een deel op genezing gerichte begeleiding. Omdat deze zorg onder de geneeskundige GGZ valt, is deze aanspraak overgeheveld naar de Zvw.

Huishoudelijke en persoonlijke verzorging
Omdat de in dit kader geboden zorg niet van geneeskundige aard was, zijn deze twee AWBZ-functies destijds gehandhaafd in de AWBZ.

Activerende begeleiding
In 2008 is alleen de *geneeskundige* activerende begeleiding overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. Deze vorm van begeleiding omvat activiteiten die gericht zijn op de beperkingen voorvloeiend uit de stoornis en die ingrijpen op deze beperkingen. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar.

Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Zeker bij gespecialiseerde GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling.

Ondersteunende begeleiding

Bij ondersteunende begeleiding gaat het om het handhaven van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving. De begeleiding is niet gericht op de stoornis of aandoening zelf, maar op de beperkingen van de verzekerde die veroorzaakt worden door de stoornis. De Zvw betreft zorg die gericht is op genezing. Ondersteunende begeleiding is dat niet. Deze begeleiding grijpt niet in op de aandoening, maar op het functioneren van de verzekerde met een aandoening of beperking. De aandoening of beperking wordt als een gegeven beschouwd. Om deze reden is deze vorm van zorg destijds niet overgeheveld naar de Zvw maar gehandhaafd binnen de AWBZ.

Ondersteunende begeleiding kon zowel in de thuissituatie als in combinatie met AWBZ-verblijf geïndiceerd zijn. Destijds is de vraag aan de orde gesteld of een verzekerde bij wie sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg (Zvw) daarnaast ook aanspraak zou kunnen maken op ondersteunende begeleiding vanuit de AWBZ. De conclusie was dat het verblijf ten laste van de Zvw 24 uur per dag is en een integraal, multidisciplinair zorgaanbod omvat. Dit betekent dat voor zover ondersteunende begeleiding nodig is, het een onderdeel dient te zijn van het zorgprogramma als integraal onderdeel van het verblijf. Ondersteunende begeleiding ten laste van de AWBZ *naast dit Zvw-verblijf* was om die reden niet mogelijk.

In het kader van de AWBZ vindt dagbesteding zijn oorsprong in de functie ‘begeleiding’, preciezer geformuleerd is dagbesteding ‘ondersteunende begeleiding in groepsverband’.

Met ingang van 1 januari 2009 is de AWBZ gewijzigd in die zin dat de drie functies ‘ondersteunde begeleiding’, activerende begeleiding’ en ‘behandeling’ zijn teruggebracht tot twee zorgvormen, te weten ‘begeleiding’ en ‘behandeling’. De reden hiervoor was dat het onderscheid tussen ondersteunende en activerende begeleiding niet helder was en dat gold ook voor het onderscheid tussen activerende begeleiding en behandeling.

4.1.2 *Wet en regelgeving (Zvw)*

Dagbesteding en vaktherapie worden ook in de Zorgverzekeringswet niet genoemd als een (afzonderlijke) te verzekeren prestatie. Dit betekent dat deze vormen van zorg alleen vanuit de Zvw kunnen worden vergoed als onderdeel van een andere te verzekeren prestatie.

De in dit verband relevante te verzekeren prestaties zijn ‘geneeskundige zorg’ en ‘verblijf’:

> Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden [……] (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv));

> Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Bzv […..] (artikel 2.12, eerste lid, Bzv).

Verder geldt voor alle zorgvormen dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Dit artikel geeft naast *'stand van de wetenschap en praktijk'* nog een aanvullende norm. Er staat in het artikel: 'De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Volgens de Nota van Toelichting slaat de norm '*verantwoorde en adequate zorg en diensten*' op zorgvormen die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven, zoals zittend ziekenvervoer of welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Daarnaast heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of dienst als hij daarop redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, derde lid, Bzv).

4.1.3 *Vaktherapie*

Onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' is begrepen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ). De geneeskundige GGZ is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Het gaat om zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Vaktherapie maakt integraal onderdeel uit van de multidisciplinaire geneeskundige behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ en claimt een therapeutische (meer-)waarde. Vaktherapie valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Hierop is de norm '*de stand van de wetenschap en praktijk*' van toepassing, omdat wetenschappelijke bewijsvoering een rol speelt bij de vraag of vaktherapie in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dit betekent dat vaktherapie moet voldoen aan de wettelijk norm 'stand van de wetenschap en praktijk'.[2]

Vaktherapie is als onderdeel van de geneeskundige behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ met ingang van 1 januari 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw (zie paragraaf 4.1.1). Het criterium 'stand van de wetenschap' en praktijk was tot 1 januari 2012 niet opgenomen in de AWBZ geregelde verzekering. In het Pakketadvies 2007[25] is hierover het volgende opgenomen:
'*De effectiviteit van de AWBZ-gefinancierde zorg is tot nu toe minder beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken. Effectiviteit is wel een onderdeel van de doelmatige zorgverlening in het kader van de AWBZ. Het CVZ toetst deze zorg daarom, waar mogelijk en nuttig, aan de stand van de wetenschap en praktijk op dezelfde manier als dat gebeurt bij Zvw-zorg. Voor behandelfuncties zijn effectiviteitsstudies waarschijnlijk het meest voorhanden'*.

De effectiviteit van vaktherapie is destijds niet beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken.

4.1.4 *Dagbesteding*

De vraag onder welke te verzekeren prestatie dagbesteding valt is moeilijker te duiden. Hiervoor moeten we terug naar wat de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever is geweest bij de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zvw in 2008.

Zoals in paragraaf 4.1.1 is aangegeven is bij de overheveling van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw alleen de geneeskundige GGZ overgedragen. Bij deze overheveling is destijds onderscheid gemaakt tussen begeleidingsactiviteiten met een geneeskundig doel die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische

[25] CVZ, Pakketadvies 2007 (publicatie 248)

behandeling uitmaken en de overige begeleidingsactiviteiten (begeleidingsactiviteiten zonder geneeskundig doel waaronder de begeleiding die destijds ondersteunende begeleiding werd genoemd). Deze begeleiding zonder geneeskundig doel – *in groep* ook wel dagbesteding genoemd – bleef achter in de AWBZ. Alleen in het geval er sprake was van *Zvw-verblijf* was dagbesteding in het kader van een integraal multidisciplinair zorgaanbod ten laste van de Zvw mogelijk.

Vandaag de dag omvat het verblijf ten laste van de Zvw nog steeds een integraal, multidisciplinair zorgaanbod gedurende 24 uur. Verblijf omvat daarnaast het eten en drinken en het schoonmaken van de kamer. Cliënten die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruik maken.[26] Deze vorm van dagbesteding valt dan onder het verblijf ten laste van de Zvw. Voor dagbesteding in het kader van verblijf, geldt de norm '*verantwoorde en adequate zorg en diensten*', zoals beschreven in ons Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk.[2].

[26] CVZ, Geneeskundige GGZ (deel 1), 'Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?, 6 april 2012

5 Onderscheid vaktherapie en dagbesteding

5.1 Centrale vraag

In de inleiding van dit rapport hebben we aangegeven welke vragen we willen beantwoorden. In dit hoofdstuk geven we antwoord op de eerste twee deelvragen aan de hand van onze bevindingen in de voorgaande hoofdstukken:

> Wat is het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding?
> Wat is de plaats van vaktherapie en dagbesteding in het huidige wettelijke kader en welke 'norm' uit het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk[2] hoort daarbij?

Uit de voorgaande hoofdstukken kan worden geconcludeerd dat er tussen vaktherapie en dagbesteding niet alleen een inhoudelijk onderscheid is, maar ook is er een verschil wat betreft de plaats in het huidige wettelijke kader en hoe deze zorg dient te worden beoordeeld.

5.2 Inhoudelijk onderscheid

Vaktherapie kan binnen de geneeskundige GGZ alleen worden aangeboden als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. Bij een opname zal een cliënt, naast de behandeling, de behoefte hebben zijn dag zinvol door te brengen. Onder de noemer van dagbesteding worden verschillende activiteiten aangeboden, meestal in groepsverband. Deze lijken op het oog veel op de vaktherapie, aangezien het vaak om creatieve en bewegingsactiviteiten gaat.

Het onderscheid is echter volgens de geconsulteerde vaktherapeuten, activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen in de praktijk helder. Het zit vooral in de therapeutische werkwijze van vaktherapie gericht op (het leren omgaan met) de stoornis en het feit dat vaktherapie – om die reden – een nauwe relatie heeft met de behandeling van de hoofdbehandelaar. Vaktherapie claimt een therapeutische (meer-)waarde ten opzichte van behandeling zonder vaktherapie. Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

Dagbesteding wordt gegeven door activiteitenbegeleiders en bewegingsagogen. Een activiteitenbegeleider of bewegingsagoog vraagt: 'wat wil je doen vandaag' of biedt zelf een activiteit aan. Hij sluit daarbij aan bij de mogelijkheden van de cliënt en de doelen uit het behandelplan, maar zal niet ingaan op de problematiek van de cliënt, tenzij het gaat om ontspanning en afleiding, het afreageren van spanning en agressie. Dan kan hij bijvoorbeeld een interventie aanbieden die behulpzaam is, zoals het slaan op een boksbal, of een wandeling naar buiten. De bewegingsagoog/activiteitenbegeleider heeft een actieve rol in het motiveren en enthousiasmeren tot deelname van cliënten, met als doel cliënten actief (in beweging) te krijgen.

Een vaktherapeut vraagt: 'wat is het probleem?' of 'waar wil je aan werken?' of hij bereidt een opdracht voor die de cliënt voldoende mogelijkheid geeft om met zijn problematiek aan het werk te gaan. Hij gebruikt daarbij werkvormen, middelen en technieken die hij in zijn bagage heeft en die deze problematiek gericht kunnen beïnvloeden. Vaktherapie heeft een doel buiten de activiteit en het moment, terwijl het bij de meeste vormen van dagbesteding gaat om de activiteit zelf op dat moment.

Bij zowel vaktherapie als dagbesteding kan individueel en in een groep gewerkt worden, hoewel individuele dagbesteding minder vaak voorkomt. Het gaat dan al gauw om individuele begeleiding. Als er gewerkt wordt in groepen blijft de vaktherapeut gericht op de individuele problematiek en doelen van de patiënt. Hij maakt ook gebruik van de groepsdynamiek, waardoor het proces kan versnellen of verdiepen, bijvoorbeeld omdat cliënten elkaars problemen herkennen, elkaar kunnen steunen of juist elkaar kunnen confronteren. In de dagbesteding is een activiteitenbegeleider niet doelgericht bezig de groepsdynamiek in therapeutische zin te beïnvloeden.

5.3 Plaats vaktherapie en dagbesteding in het wettelijk kader

Vaktherapie maakt integraal onderdeel uit van de multidisciplinaire geneeskundige behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ. Vaktherapie valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' (artikel 2.4, Bzv).

Hierop is de norm *'stand van de wetenschap en praktijk'* van toepassing omdat wetenschappelijke bewijsvoering een rol speelt bij de vraag of vaktherapie in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dit betekent dat vaktherapie moet voldoen aan de wettelijke norm 'stand van de wetenschap en praktijk'. In het volgende hoofdstuk gaan wij nader in op de vraag welk bewijs er is voor de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen.

Het bieden van een zinvolle dagbesteding aan cliënten die zijn opgenomen, maakt onderdeel uit van een integraal, multidisciplinair zorgaanbod gedurende 24 uur. Begeleidingsactiviteiten zonder geneeskundig doel – *in groep* ook wel dagbesteding genoemd – vallen onder de te verzekeren prestatie 'verblijf' (artikel 2.12, Bzv). Voor dagbesteding in het kader van verblijf, geldt de norm '*verantwoorde en adequate zorg en diensten'*, zoals beschreven in ons Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk[2].

6 Welk bewijs is er voor de effectiviteit van vaktherapie?

6.1 Hoe toetst het Zorginstituut

In de inleiding van dit rapport hebben we aangegeven welke vragen we willen beantwoorden. In hoofdstuk 5 hebben we de eerste twee vragen beantwoord.
In dit hoofdstuk geven we antwoord op de derde vraag:
> Welk bewijs is er voor de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen?

Een wettelijke taak van het Zorginstituut is om een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties te bevorderen (artikel 64, Zvw). Op basis van de geldende wet- en regelgeving verduidelijken wij of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket behoort. In dit geval gaat het om een standpunt over de vraag of vaktherapie, als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen, voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

De hoofdlijnen van ons beoordelingskader laten zich als volgt samenvatten. Voor het bepalen van 'de stand van de wetenschap en praktijk' gaan wij na of vaktherapie, als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen, leidt tot gezondheidswinst. Anders gezegd: leidt de 'netto toevoeging' van de interventie vaktherapie, in vergelijking met behandeling zonder vaktherapie, tot een beter resultaat van voldoende omvang en hebben wij er voldoende vertrouwen in dat deze toevoeging ook daadwerkelijk optreedt?

In ons geactualiseerde rapport over de beoordeling van 'de stand van de wetenschap en praktijk' is onze werkwijze beschreven.[2]

6.2 Procedure in vogelvlucht

We hebben bureau ME-TA en VU Amsterdam onderzoek laten doen naar de evidence van vaktherapie in de GGZ.[27] In eerste instantie hebben we gevraagd om een overview van reviews en een analyse van multidisciplinaire richtlijnen waarin vaktherapie een onderdeel vormt. Aan de hand van deze resultaten zouden we eventueel over kunnen gaan naar een meer diepgaander onderzoek.

De resultaten van deze overview hebben we gepresenteerd in de vergadering van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van 8 december 2014. Omdat het rapport van ME-TA onvoldoende houvast bood bij de beantwoording van de vraag of vaktherapie een toegevoegde waarde heeft bij de behandeling psychische stoornissen gaf de WAR het advies dat er gekeken moest worden naar een ander niveau van evidence.

Om te beoordelen of een zoektocht naar lagere evidence zinvol is, zijn we in gesprek gegaan met lectoren vaktherapie van Hogescholen Windesheim, Zuyd en Stenden. Wij hebben de lectoren gevraagd welke onderzoeksdesigns van lager niveau mogelijke evidence zouden kunnen opleveren voor vaktherapie. Na het gesprek met de lectoren hebben we besloten geen verder onderzoek te doen omdat dit naar verwachting weinig zou opleveren (zie paragraaf 6.3.4.).

---

[27] ME-TA/VU, 'Overview van reviews over vaktherapie in de geestelijke gezondheidszorg', tabel 5 in paragraaf 4.1, januari 2015

6.3 Uitkomsten 'Overview van reviews'

Bureau ME-TA en VU Amsterdam heeft op 12 januari 2015 het rapport 'Overviews van reviews over vaktherapie in de geestelijke gezondheidszorg' aan het Zorgingstuut opgeleverd.

Voor deze overview is de volgende vraagstelling geformuleerd:

- Welke toegevoegde waarde hebben vaktherapieën aan het behandelresultaat van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg? Wat is het wetenschappelijk bewijs voor deze therapieën?
- Wat is de effectiviteit van fitnesstherapie, runningtherapie en therapie met paarden in de geestelijke gezondheidszorg?
- Wat zeggen de nationale en internationale multidisciplinaire richtlijnen over vaktherapie, fitnesstherapie, runningtherapie en therapie met paarden, en wat is de wetenschappelijke achtergrond van deze uitspraken

6.3.1 PICO

Het Zorginstituut volgt bij het beoordelen van de effectiviteit van een interventie de vaste EBM-stappen:

- zoeken en selecteren van evidence en verdere informatie;
- beoordelen en graderen van de kwaliteit van bewijs;
- vaststellen eindbeoordeling/conclusie.

Een gebruikelijk hulpmiddel om te zoeken naar informatie voor een dergelijke beoordeling, is om te werken aan de hand van de zogenoemde PICO vragen:
Patient = de relevante patiëntenpopulatie (en setting);
Intervention = de te beoordelen interventie;
Comparison = de interventie waarmee wordt vergeleken;
Outcome = de relevante uitkomsten.

Patiënten

Voor dit onderzoek hebben we bij de **P** de volgende relevante patiëntengroepen meegenomen. Volwassen patiënten met een:

- alcoholverslaving;
- attention deficit hyperactivity disorder (ADHD);
- angststoornis;
- autisme spectrum stoornis (autisme);
- depressie;
- dubbeldiagnose (zowel een psychische stoornis als een verslaving);
- eetstoornis;
- opiaatverslaving;
- persoonlijkheidsstoornis;
- schizofrenie.

De aandoening is gediagnosticeerd volgens gangbare methoden, e.g. een diagnostisch interview waarbij de criteria van de DSM gevolgd worden. Jeugdigen en dementerenden worden uitgesloten van het literatuuronderzoek.

Interventies

Het gaat om de volgende interventies: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie, fitnesstherapie (cardiovasculaire fitnesstherapie), runningtherapie (het therapeutisch inzetten van de 'rustige duurloop' ten behoeve van mensen met een depressie of andere psychische klachten), therapie met paarden/equitherapie/hippotherapie.

Comparator

Als comparator (vergelijking) is genomen patiënten met dezelfde stoornis die geen behandeling ondergaan, of een gebruikelijke behandeling ondergaan zonder vaktherapie.

Outcome

Als outcome (uitkomstmaat) is genomen: vermindering van symptomen, verdwijnen van de aantoonbare stoornis, recidief, kwaliteit van leven (ziektespecifiek en algemeen), participatie in de maatschappij (e.g. werk, scholing), terugval/heropname of andere symptomen of bijwerkingen.

In de volgende paragrafen bespreken we de belangrijkste bevindingen en punten van discussie voor de patiëntengroepen en interventies uit het ME-TA onderzoek.

6.3.2 *Resultaten reviews*

Er werden 23 systematic reviews geselecteerd volgens de inclusiecriteria. Tabel 1 geeft een overzicht van de resultaten die er per patiëntengroep en per onderzochte interventie werd geselecteerd. In het onderzoek werden zeven verschillende interventies bij tien verschillende patiëntengroepen, in totaal 70 verschillende patiënt-interventiecombinaties. Voor 11 van deze patiënt-interventiecombinaties werd bewijs in de vorm van RCT's of gecontroleerde klinische studies geïncludeerd in systematic reviews.

Het ging meestal om zeer weinig resultaten: voor de vaktherapieën was er alleen voor muziektherapie bij patiënten met schizofrenie meer dan één relevante studie geselecteerd. De meeste onderbouwing was beschikbaar voor fysieke inspanning (12 systematic reviews met 69 relevante RCT's evalueren fysieke inspanning bij zes van de tien patiëntengroepen)[28].

Wat in het algemeen opviel was dat de primaire studies bijna allemaal klein waren (minder dan 100 patiënten per studie en vaak veel minder dan 100 patiënten) met beperkingen in studieopzet, dat resultaten op langere termijn nauwelijks voorhanden waren en negatieve effecten nauwelijks/niet werden beschreven. Ook bemoeilijkte het ontbreken van meta-analyses het maken van conclusies. Daar waar wel meta-analyses waren gedaan werd niet altijd de mate van geloofwaardigheid (conform GRADE) aan het gevonden effect toegekend. Als dat wel was gedaan leek de GRADE beoordeling soms wat optimistisch in het licht van het klein aantal beschikbare studie(s). Inherent aan een overview van reviews is dat niet altijd gedetailleerde informatie voorhanden was over de cliënten, setting, interventies etc.

---

[28] In de (internationale) literatuur werd geen onderscheid gemaakt tussen fitness therapie, running therapie en andere vormen van fysieke inspanning ('exercise'). De term 'running therapie' lijkt vooral in Nederland veel gebruikt te worden. In de 'Overview van reviews' wordt daarom zowel fitness therapie als running therapie onder de noemer 'fysieke inspanning'behandeld.

Tabel 1 Overzicht van kwantiteit van bewijs per interventie en per patiëntengroep

Patiënten met	Aantal systematic reviews (aantal relevantie studies in die reviews)						
	Beeldend	Dans	Drama	Muziek	PMT	Fysieke inspanning	Therapie met paarden
Alcoholverslaving	0	1(0)	0	1(0)	1(0)	1 (11 *)	1 (0)
ADHD	0	1(0)	0	0	1(0)	0	1 (0)
Angststoornis	0	1(0)	0	0	1(0)	1 (8)	1 (0)
Autisme	0	1(1)	0	1(0)	1(0)	1(0)	1 (0)
Depressie	0	1(0)	0	1(1)	1(0)	3 (39)	1 (0)
Dubbeldiagnose	0	1(0)	0	0	1(0)	0	1 (0)
Eetstoornis	0	1(0)	0	0	2(0)	3 (5)	1 (0)
Opiaatverslaving	0	1(0)	0	1(0)	1(0)	1(11*)	1 (0)
Persoonlijkheids-stoornis	0	1(0)	0	0	1(0)	0	1 (0)
Schizofrenie	1(1)	1(0)	1(0)	1(8)	2(1)	3(3)	1 (0)

Afkortingen: PMT: psychomotorische therapie
* 3 RCTs over patiënten met een alcoholverslaving; 3 RCTs over patiënten met een drugsverslaving; 5 RCTs over patiënten met zowel een alcohol als een drugsverslaving

6.3.3 *Resultaten multidisciplinaire richtlijnen*

In het rapport worden 20 multidisciplinaire richtlijnen besproken (zowel Nederlands als internationaal) die aandacht besteden aan één van de voor ons relevante interventies. Zes van de 19 beoordeelde richtlijnen kenden geen belangrijke methodologische beperkingen (scores van 60% of hoger op het methodologische domein van AGREE II); 13 richtlijnen kenden belangrijke methodologische beperkingen. In grote lijnen laten de richtlijnen zien wat ook bij de systematic reviews zichtbaar is: een gebrek aan bewijs of heel weinig bewijs bij de meeste patiënt-interventiecombinaties.

Van de 70 verschillende patiënt-interventiecombinaties die zijn onderzocht, werden er 36 belicht in één of meerdere richtlijnen; tegenover 34 patiënt-interventiecombinaties die niet belicht werden (zie tabel 2).[8] Voor de 36 patiënt-interventiecombinaties die wel werden belicht werd niet altijd een aanbeveling gedaan. Soms werd alleen benoemd dat er meer onderzoek naar vaktherapie moet plaatsvinden; dat er op basis van de beschikbare evidentie geen uitspraken over het wel/niet doen van vaktherapeutische interventies konden worden gedaan; of dat er geen beschikbare middelen waren om vaktherapeutische interventies te evalueren.

Bij de volgende patiënt-interventiecombinaties werden *geen* aanbevelingen gedaan waarin vaktherapeutische interventies werden aanbevolen of afgeraden (met de reden tussen haakjes):

- Nederlandse MDR Alcoholverslaving, *vaktherapie* (onvoldoende middelen beschikbaar om vaktherapie te evalueren);
- Duitse MDR Dwangstoornissen, *vaktherapie* (gebrek aan bewijs);
- Nederlandse MDR Autismespectrumstoornissen, *vaktherapie* (meer onderzoek nodig);
- SIGN MDR Depressie, *beeldende therapie* (gebrek aan bewijs);
- SIGN MDR Depressie, *muziektherapie* (gebrek aan bewijs);
- Nederlandse MDR Opiaatverslaving, *vaktherapie* (gebrek aan bewijs);
- NICE MDR Borderline persoonlijkheidsstoornis, *vaktherapie* (gebrek aan bewijs);
- SIGN MDR Schizofrenie, *vaktherapie* (gebrek aan bewijs);
- Nederlandse MDR Schizofrenie, *beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie* (gebrek aan bewijs).

Over 26 patiënt-interventiecombinaties werd *wel* een aanbeveling gedaan ten gunste van één van de voor ons relevante interventies (zie tabel 2). Daarnaast was er nog een Duitse multidisciplinaire richtlijn, die stelde dat vaktherapie in het kader van een multidisciplinaire behandeling aangeboden zou moeten worden aan mensen met een ernstige psychische aandoening. Deze richtlijn deed ook de aanbeveling dat regelmatige fysieke inspanning onder begeleiding aangeboden zou moeten worden aan patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA)[29].

Runningtherapie
Runningtherapie wordt alleen in de Nederlandse MDR Depressie vermeld, namelijk dat het is aangetoond dat runningtherapie effectief is in het verminderen van symptomen bij ambulante cliënten[30] [31]. De effectiviteit van runningtherapie wordt niet nader beschreven (bijvoorbeeld met effectgroottes). De richtlijn geeft de volgende aanbevelingen (suïcidale en psychotische depressies uitgesloten):

- Bij patiënten die zich aanmelden met een lichte depressie die korter dan drie maanden bestaat dient runningtherapie te worden overwogen als eerste stap.
- Bij patiënten die zich aanmelden met een lichte depressie die langer dan drie maanden bestaat of een recidief dient overwogen te worden runningtherapie toe te voegen aan de basisinterventies.
- Bij patiënten die zich aanmelden met een (matig) ernstige depressie met een eerste episode of een recidief dient overwogen te worden runningtherapie toe te voegen aan de basisinterventies.

Naar het effect van fysieke inspanning is veel meer (internationaal) onderzoek gedaan en meer bewijs beschikbaar. Of dat voor runningtherapie ook geldt, kunnen we niet zonder meer concluderen, omdat onder fysieke inspanning veel meer wordt verstaan.

Equitherapie
De systematic review van Kamioka 2014[32] zocht naar RCT's die therapie met dieren evalueerden en vond geen enkele RCT over therapie met paarden, bij welke patiëntengroep dan ook.

Therapie met paarden wordt alleen in de Nederlandse MDR Schizofrenie vermeld. Daarin wordt therapie met paarden (er wordt gesproken over paardrijden) ingedeeld bij bewegingsactivering. Over bewegingsactivering wordt de volgende aanbeveling gegeven: psychomotorische therapie en bewegingsactivering zijn een behandeloptie bij overgewicht, bij een slechte lichamelijke conditie, bij spanningsklachten en bij ernstige negatieve symptomen zoals een vertraagde psychomotoriek.

De verwijzing naar paardrijden komt uit een onderzoek waarin paardrijden werd vergeleken met standaardzorg (onderzoeksopzet niet beschreven) en waarin 16 cliënten waren geïncludeerd. Paardrijden leidde tot een verbeterde psychiatrische

---

[29] Onder de EPA-categorie vallen altijd de diagnosen: stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnosen (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen er ook toe behoren wanneer ze voldoen aan de andere criteria. Veel EPA-patiënten hebben een ernstige psychische aandoening in combinatie met al of niet primaire verslavingsproblematiek. Vanwege hun verhoogde risico op het ontwikkelen van een EPA is de richtlijn ook van toepassing op patiënten met een eerste psychose, hoewel ze niet voldoen aan de criteria van de definitie (Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening).
30 Bosscher, R.J. (1993). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients.
International Journal of Sport Psychology, 24, 170-184 .

[31] Fremont, J., & WilcoxonCraighead, L. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive therapy and Research, 11*, 241-251.
[32] Kamioka, H., et al., Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. Complementary therapies in medicine, 2014. 22(2): p. 371-90

conditie bij cliënten in het algemeen, maar had geen effect op negatieve symptomen, sociaal functioneren of de zelfverzorging (effectgrootte´s niet beschreven). In deze MDR wordt een aanbeveling gedaan voor psychomotorische therapie en bewegingsactivering, maar niet specifiek voor het paardrijden.

Tabel 2 Overzicht multidisciplinaire richtlijnen per land

Patiënten met	Beeldend	Dans	Drama	Muziek	PMT	Fysieke inspanning	Therapie met paarden
Alcoholverslaving	0	0	0	0	0	0	0
ADHD	0	0	0	0	0	0	0
Angststoornis	Nl	Nl	Nl	Nl	0	Nl, Dl	0
Autisme	0	0	0	0	0	0	0
Depressie	Nl	Nl	Nl	Nl	Nl	Nl, Dl (2x), S(2x), VK (2x)	0
Dubbeldiagnose	0	0	0	0	0	0	0
Eetstoornis	Dl	0	0	0	Nl, Dl	0	0
Opiaatverslaving	0	0	0	0	0	0	0
Persoonlijkheids stoornis	Nl	Nl	Nl	Nl	Nl	Nl	0
Schizofrenie	VK	VK	VK	Nl, VK	Nl, Dl, VK	Nl, Dl, VK	Nl

Afkortingen: Nl: Nederland; PMT: psychomotorische therapie; S: Schotland; VK: verenigd Koninkrijk, Dl: Duitsland. De richtlijnen van SIGN staan vermeld als Schotse richtlijnen en de richtlijnen van NICE als richtlijnen uit het Verenigd Koninkrijk.

In grote lijnen laten de richtlijnen zien wat ook bij de systematic reviews zichtbaar is: weinig onderzoek voor de meeste patiënt-interventiecombinaties. Dit gebrek aan evidence is meestal terug te vinden in de formulering van de aanbevelingen, die dan niet specifiek zijn over de inhoud en intensiteit van de interventie, en zwak zijn geformuleerd, bijvoorbeeld: ´bieden mogelijkheden', 'kunnen overwogen worden´, etc. De aanbevelingen over fysieke inspanning en runningtherapie in de Nederlandse MDR Depressie zijn hierop een uitzondering; deze zijn sterker geformuleerd: het is aanbevolen, 'dient te worden overwogen'.

6.3.4 *Aanvullend onderzoek?*

We hebben overwogen voor een aantal patiënt-interventiecombinaties aanvullend onderzoek te laten naar de beschikbare wetenschappelijke literatuur van lager niveau dan beschreven in het rapport van Bureau ME-TA. ME-TA liet weten dat er nog ongeveer 40 losse (quasi-) RCT's[33] te vinden zijn, maar deze hebben vooral betrekking op de effecten die al gevonden zijn in de reviews: muziektherapie voor cliënten met depressie, angst, schizofrenie en voor een heterogene groep cliënten. Verder gaat het om twee RCT's over psychomotorische therapie: een voor angststoornissen en een voor depressie. Tenslotte nog twee RCT's over beeldende therapie: een voor cliënten met depressie en een voor cliënten met schizofrenie. Wat deze RCT's betreft, was het onwaarschijnlijk dat nog evidence zou worden gevonden. De overview laat in ieder geval geen hoopgevend beeld zien.

[33] Quasi-experimenteel onderzoek; vergelijkend onderzoek waarbij aan enkele, maar niet aan alle criteria van een RCT is voldaan

6.4 Beperkingen bij onderzoek naar de effectiviteit

6.4.1 Bespreking lectoren vaktherapie

Naar aanleiding van de oriënterende bespreking in de WAR en de uitkomsten van het onderzoek van bureau ME-TA zijn wij in gesprek gegaan met de lectoren van Hogescholen Windesheim, Zuyd en Stenden. Tijdens deze bespreking wilden we weten hoe de lectoren aankijken tegen de opgeleverde overview van reviews van bureau ME-TA. Hoe we eventueel tot aanscherping van de PICO konden komen ten behoeve van nader onderzoek en of dergelijk onderzoek zinvol was.

De lectoren bevestigden wat wij al dachten op basis van het ME-TA onderzoek, namelijk dat er op dit moment onvoldoende goed onderzoek beschikbaar is om uitspraken te doen over de effectiviteit van vaktherapie. De lectoren wezen op beperkingen – zoals dat de werkzame principes van vaktherapie nog niet helder zijn, er onduidelijkheid is wat betreft de PICO's en de vele problemen daardoor – in het opzetten van de gewenste studiedesigns. Het gaat daarbij vrijwel altijd over de vraag hoe de PICO helder is te krijgen. Zijn de karakteristieken van de patiënten waarop het onderzoek betrekking heeft wel vergelijkbaar, gaat het om vergelijkbare interventies, welke uitkomstmaten zijn van belang, en waarom en hoe lang moet de follow up zijn? Vaak is al een eerdere behandeling ingezet waardoor de uitkomsten van vaktherapie worden beïnvloed. En, niet op de laatste plaats: vaktherapie wordt altijd gegeven in combinatie met andere therapieën, waardoor het lastig is het effect van vaktherapie geïsoleerd te onderzoeken.

De hogescholen hebben een beperkte academische traditie. Sinds de instelling van lectoraten is dat verbeterd; er wordt nu meer onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door wetenschappers, docenten, studenten en in de meeste gevallen geadviseerd door een wetenschappelijke adviesraad met hoogleraren en gepromoveerde onderzoekers.

Praktijkgericht onderzoek houdt zich ook aan de gebruikelijke wetenschappelijke kwaliteitscriteria[34]. Het onderzoek binnen hogescholen richt zich sterk op innovatie en valorisatie. Fundamenteel onderzoek is minder evident binnen hogescholen. Ook zijn de subsidiebronnen, waarop door hogescholen een beroep kan worden gedaan, minder gericht op fundamenteel onderzoek. Dit zorgt ervoor dat het lastig is om grootschalig vergelijkend onderzoek op te zetten en uit te voeren. Op de universiteiten is vaktherapie niet gedefinieerd als een aparte onderzoekslijn (met uitzondering van de minor psychomotorische therapie bij bewegingswetenschappen aan de VU).

6.4.2 Onderzoeksdesigns in ontwikkeling

De lectoren, het veld en de beroepsvereniging, onderschrijven de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie. Op de hogescholen is men bezig om meetinstrumenten te verzamelen dan wel te ontwikkelen om de werkzame principes van vaktherapie zichtbaar te maken. Men kijkt daarbij onder meer naar internationale gevalideerde instrumenten.

Naast effectonderzoek willen ze ook kijken naar de verschillende theoretische kaders waar de vaktherapie zich op baseert, zoals de neuropsychologie, de cognitieve gedragstheorie en de schematherapeutische concepten. Vanuit deze theorieën geredeneerd kan het mogelijk ook aannemelijk gemaakt worden dat de vaktherapie voor bepaalde aandoeningen werkzame elementen bevat. Deze exercitie is nog onvoldoende door het veld gedaan.

---

[34] Zonmw en HBO raad: 'Kenmerken, randvoorwaarden en criteria van praktijkgericht zorgonderzoek', 9 juni 2011

6.4.3 Promotieonderzoek op de hogescholen

De eerste promotietrajecten onder vaktherapeutisch professionals zijn of worden binnenkort afgerond (o.a. Van der Maas[35], Boerhout[36], Vink[37], Poismans[38], Hakvoort[39], Penzes-Driessen[40]). Naast promotietrajecten vinden praktijkgerichte onderzoeksprojecten plaats gesubsidieerd door verschillende instanties, zoals Regieorgaan SIA en ZonMw. Al dit onderzoek gebeurt in nauwe samenwerking met verschillende Nederlandse en buitenlandse universiteiten (o.a. Radboud Universiteit Nijmegen, Rijksuniversiteit Nijmegen, Maastricht University, Universiteit van Leuven, TU Dortmund, Westfalische Wilhelms Universität). Kennisuitwisseling vindt plaats via verschillende internationale samenwerkingsverbanden, zoals International Centre for Research in the Arts Therapies (ICRA), European Consortium for Arts Therapies Education (ECARTE), European Forum of Psychomotricity (EFP).

6.4.4 Cliënttevredenheidonderzoek

Nederlands onderzoek naar patiënttevredenheid over de vaktherapie is van recente datum. Uit het onlangs uitgevoerde cliënttevredenheidonderzoek 'Project Positionering Vaktherapie' onder 482 cliënten van de GGZ instelling ProPersona, blijkt dat de waardering van cliënten over vaktherapieën zeer hoog is, zelfs hoger in relatie tot de andere behandelingen die men ondergaat.[41] Vaktherapeutische professionals en/of de instelling waarbij zij werkzaam zijn, initiëren steeds vaker onderzoek naar patiënttevredenheid als onderdeel van de Routine Outcome Monitoring (ROM).

6.5 Welk bewijs is er voor de effectiviteit vaktherapie

6.5.1 Klassieke vormen vaktherapie

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is aangeven, willen wij de vraag beantwoorden '*welk bewijs er is voor de effectiviteit van vaktherapie'*. Gelet op de uitkomsten van de overview van reviews van bureau ME-TA en de informatie die wij hebben gekregen van de lectoren vaktherapie, moeten wij constateren dat maar beperkt onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van vaktherapie. Ons ontbreekt het dus aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. Toch willen wij op dit moment niet concluderen dat de klassieke vormen van vaktherapie niet tot de te verzekeren zorg behoren, omdat zij niet zouden voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vaktherapie claimt een therapeutische (meer-)waarde. Daarvoor moet op termijn wel bewijs komen. We willen de beroepsgroep ruimte geven om het bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie binnen een termijn van 5 jaar alsnog te leveren.

---

[35] L.L.C. van der Maas, MA 'Psychomotorische therapie bij chronische pijn' promotoren Prof. M. L. Peters, Maastricht University, T.W. Janssen, Dr. R. Bosscher, VU.

[36] C. Boerhout 'Psychomotorische therapie en agressieregulatie bij eetstoornissen: gerandomiseerd effectonderzoek en instrumentontwikkeling' (co)promotoren Prof. Dr. H. Hoek, Dr. M. Swart, Lentis & Dr. J.T. van Busschbach, RUG/UMCG

[37] A.C. Vink 'Music therapy for dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia' promotor Prof. dr. J.P.J. Slaets, RUG

[38] K. Poismans 'Geteilte Zeit' gemeinsame Zeit. Entwicklung eines Messinstruments zum Timing in der Musiktherapie mit autistischen Kindern' promotor Prof. dr. Schumacher, Westfalische Wilhelms Universität in Munster (DE)

[39] L. Hakvoort 'Cognitive behavioral music therapy in forensic psychiatry' (co)promotoren Prof. Dr. S. Bogaerts, Prof. dr. M. H. Thaut, Dr. M. Spreen

[40] I. Penzes-Driessen 'Beeldende kracht: Beeldend therapeutische observatie en diagnostiek' (co)promotoren prof. dr. G. Hutschemaekers (RUN), dr. S. van Hooren, dr. D. Dokter

[41] Hilderink, K., 'Rapport Patienttevredenheid over Vaktherapie 2013', Pro Persona, 28 februari 2014

De reden om op dit moment geen uitspraak te doen over de vraag of vaktherapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zijn de volgende:

> De toepassing van klassieke vormen van vaktherapie (beeldende, muziek, dans, drama en psychomotorische therapie) in de geneeskundige GGZ kent een lange traditie en is ook al heel lang bestaande praktijk (ook internationaal). Het gaat om behandelmethoden die door de betrokken beroepsgroepen (psychiaters, klinisch psychologen) als adequaat zijn aanvaard.

> In het verleden viel de geneeskundige GGZ en daarmee vaktherapie onder de AWBZ. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' was tot 1 januari 2012 niet opgenomen in de AWBZ geregelde verzekering. Om die reden werd de effectiviteit van de AWBZ gefinancierde zorg minder beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken. Hoewel effectiviteit wel onderdeel was van het criterium 'doelmatige zorgverlening' in het kader van de AWBZ, is deze toets nooit eerder uitgevoerd voor vaktherapie. De sector wordt hier voor het eerst mee geconfronteerd en moet zich hierop nog instellen.

> We constateren dat er noch in Nederland noch internationaal een onderzoekscultuur in de vaktherapie bestaat. Door gebrek aan deze noodzakelijke onderzoekscultuur is het aantonen van effectiviteit moeilijk. Er is wel sprake van enige evidence. We zien dit bijvoorbeeld terug in een aantal (internationale) multidisciplinaire richtlijnen waarin vaktherapie wordt aanbevolen, weliswaar op basis van evidence van een laag niveau.

> Verder zien we dat de sector bezig is met het verder professionaliseren van vaktherapie. De inspanningen die de beroepsgroep van de 'klassieke' vaktherapieën momenteel pleegt om tot meer transparantie en kwaliteit te komen, zien wij als hoopvol voor de toekomst. De beroepsgroep onderschrijft de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie. Men zet in op meer (promotie)onderzoek, de ontwikkeling van meetinstrumenten en er wordt geëxperimenteerd met geschikte studiedesigns. Een blijk van het professionaliseren van vaktherapie is de ontwikkeling van een 'Generieke Module Vaktherapieën' in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Deze module die naar verwachting in 2017 gereed zal komen, zal in meerdere zorgstandaarden gebruikt worden.

Overigens verwachten we niet dat de onderbouwing van deze module gebaseerd zal zijn op onderzoek met een hoge overtuigingskracht, omdat hier nog te weinig sprake is van een onderzoekstraditie. Het is dan ook nodig dat binnen de vaktherapie stevig ingezet wordt op onderzoek naar de effectiviteit. Wat dat betreft heeft men een inhaalslag te maken. Wij adviseren de Hogescholen waar vaktherapie wordt gegeven toch vooral samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met universiteiten om goed wetenschappelijk onderzoek te waarborgen.

Dit betekent dat de klassieke vormen van vaktherapie voor volwassenen voorlopig als onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw kunnen blijven worden toegepast. Wel wil het Zorginstituut op termijn bewijs zien voor de effectiviteit van vaktherapie. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat er de komende jaren op dit terrein onderzoek zal worden gedaan, waaronder onderzoek naar de onderliggende mechanismen en naar de effecten van vaktherapie. Dergelijk onderzoek is ook zeer wel mogelijk. Wij zullen de ontwikkelingen op dit gebied nauw volgen.

Eerste moment van peiling is in 2018 nadat de 'Generieke Module Vaktherapieën' is opgeleverd. Wij zullen dan beoordelen of de module voldoende inzicht geeft in de patiëntenpopulatie waarvoor vaktherapie geïndiceerd is, om welke interventies het gaat en het doel van de interventies (beoogd effect). Met andere woorden biedt de module houvast om de PICO helder te krijgen, zodat goed onderzoek mogelijk is. Uiteindelijk zal het Zorginstituut over 5 jaar alsnog uitspraak doen over de vraag of vaktherapie leidt tot relevante (meer)waarde voor de verzekerde in vergelijking met behandeling zonder vaktherapie. Hierbij zullen we kijken naar de grootte van de gewenste effecten en welk onderzoek daarbij geschikt/passend is. Ons 'Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk'[2] is hierbij leidend.

6.5.2 *Runningtherapie*

Onder de vaktherapeutische stroming PMT worden verschillende vormen van bewegingstherapie aangeboden, waaronder runningtherapie. PMT wordt in verschillende multidisciplinaire richtlijnen aanbevolen. Runningtherapie wordt bovendien in het kader van een erkende HBO-opleiding, als module van PMT gegeven. Ook voor runningtherapie doen wij op dit moment geen uitspraak over de vraag of deze therapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor gelden dezelfde overwegingen die wij in de vorige paragraaf hebben omschreven. Runningtherapie is alleen te verzekeren zorg in het kader van de Zvw, mits deze als onderdeel van de PMT in multidisciplinair verband, onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar wordt gegeven. Ook hier geldt dat wij op termijn runningtherapie alsnog zullen beoordelen als onderdeel van de beoordeling van vaktherapie.

6.5.3 *Equitherapie*

De vraag of equitherapie als onderdeel van de 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw kan wordt toegepast is van een andere orde dan die van de klassieke vormen van vaktherapie. Anders dan de klassieke vormen van vaktherapie, is de toepassing van equitherapie binnen de geneeskundige GGZ als ondersteunende therapie bij de behandeling van psychische stoornissen geen bestaande praktijk. Het betreft een relatief nieuwe therapie die binnen de geneeskundige GGZ als ondersteunende therapeutische interventie in het algemeen niet wordt aangeboden. Equitherapie wordt niet gegeven als module bij een erkende opleiding zoals dat bij runningtherapie wel het geval is.

Duidelijk is dat binnen het kader van de Zvw equitherapie niet als zelfstandige therapie kan worden aangeboden. Equitherapie wordt ook niet als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar gegeven. Het moet dan immers gaan om zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverleners – medisch specialist (psychiater), klinisch psycholoog – rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg, die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Wij hebben het conceptrapport voorgelegd aan de beroepsgroepen, onder meer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). De beroepsgroepen herkennen onze conclusies over het ontbreken van evidentie voor de effectiviteit van klassieke vormen van vaktherapie, maar ook van runningtherapie en equitherapie. Zij vinden het verstandig dat het Zorginstituut een voldoende onderbouwde uitspraak over de effectiviteit van *met name* de klassieke vormen van vaktherapie uitstelt. Onze voorlopige conclusie dat equitherapie geen te verzekeren zorg is, heeft bij de beroepsgroepen niet geleid tot een pleidooi in die zin dat zij equitherapie als ondersteunende therapie rekenen tot het 'aanvaarde arsenaal van behandelingen' bij psychische stoornissen.

Ook de multidisciplinaire richtlijnen doen geen aanbeveling voor equitherapie bij de behandeling van psychische stoornissen.

Om deze reden gaan wij er vanuit dat equitherapie geen te verzekeren zorg is in het kader van de geneeskundige GGZ.

7 Dagbesteding en begeleiding

7.1 Onderscheid dagbesteding en begeleiding diffuus

7.1.1 Terminologie bekostigingsregels achterhaald

De activiteiten- en verrichtingenlijst in de Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ van de NZa kent een aparte rubriek ‘dagbesteding’ evenals een aparte rubriek ‘begeleiding’. Bij ‘begeleiding’ wordt vervolgens onderscheid gemaakt tussen een ‘activerend begeleidingscontact’ en een ‘ondersteunend begeleidingscontact’. Zoals in hoofdstuk 4 is omschreven kent de Zvw de term ‘dagbesteding’ niet. Deze in de praktijk gebezigde term stamt uit de AWBZ toen er nog onderscheid werd gemaakt tussen de functies ‘activerende begeleiding’ en ‘ondersteunende begeleiding’. Bij dagbesteding ging het om ondersteunende begeleiding in groepsverband. Ook termen als ‘activerend’ en ‘ondersteunend’ zijn obsoleet. Het gaat in het kader van de Zvw om begeleidingsactiviteiten met een geneeskundig doel. Wij signaleren dat het bij de terminologie die wordt gebruikt in de Nadere Regel Gespecialiseerde GGZ van de NZa (‘dagbesteding’ en het onderscheid tussen ‘activerend begeleidingscontact’ en ‘ondersteunend begeleidingscontact’) in feite gaat om AWBZ-terminologie. Deze terminologie sluit niet aan bij het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet.

Voor zover sprake is van het bieden van een zinvolle dagbesteding aan cliënten die zijn opgenomen, maakt dit onderdeel uit van een integraal, multidisciplinair zorgaanbod gedurende 24 uur. Cliënten die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruik maken. Deze vorm van dagbesteding valt dan onder de te verzekeren prestatie ‘verblijf’ ten laste van de Zvw.

Gaat het om begeleidingactiviteiten met een geneeskundig doel, dan is sprake van de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg’. We hebben in hoofdstuk 3 geconstateerd dat in de praktijk een ruime invulling wordt gegeven aan dagbesteding in die zin dat het niet alleen gaat om het bieden van een zinvolle dagbesteding aan cliënten die daar behoefte aan hebben, maar ook begeleidingsactiviteiten met een geneeskundig doel.

Het feit dat binnen de Nadere Regel een aparte categorie ‘dagbesteding’ is gecreëerd maakt het onderscheid er niet duidelijker op. Hierin is, zoals we eerder gezien hebben, een volgordelijkheid in de vrijblijvendheid van activiteiten aangebracht. De mate van vrijblijvendheid is oplopend, dus van sociaal naar recreatief, naar educatie en naar arbeidsmatig. Wij constateren dat de eerste twee vormen van dagbesteding nog het meest lijken op de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever in het kader van de te verzekeren prestatie ‘verblijf’, namelijk het bieden van een zinvolle daginvulling/dagstructurering aan cliënten die zijn opgenomen. Terwijl er bij dagbesteding educatie en arbeidsmatig meer sprake lijkt te zijn van begeleidingactiviteiten met een geneeskundig doel.

7.1.2 Onderscheid in de praktijk

Ook tijdens onze werkbezoeken hebben we gezien dat dagbesteding verder kan gaan dan alleen ‘structuur aanbrengen in de dag’. Het neemt soms de vorm aan van ‘begeleiding met een geneeskundig doel’ zoals dat in het kader van geneeskundige zorg wordt geboden. Begeleiding met een geneeskundige doel is gericht op herstel

en werkt toe naar het hervatten van de regie op het eigen leven, het bevorderen van vaardigheden die de cliënt kunnen helpen om te kunnen gaan met de eventuele beperkingen die de psychische stoornis met zich meebrengt en zelfstandig(er) te kunnen functioneren.

Dagbesteding en begeleiding lijken een continuüm te vormen of elkaar aan te vullen. In de praktijk lijken deze twee zorgvormen niet erg veel van elkaar te verschillen. Wanneer cliënten terugvallen, is (geneeskundige) begeleiding niet aan de orde en gaat het er meer om iemand te helpen zijn dagritme weer te hervinden. Waarna de begeleiding weer opgepakt kan worden.

7.1.3 *Verschil in registratie, opleiding en bekostigingsniveau*

In de vorige paragraaf hebben we geconstateerd dat het niet eenvoudig is de verschillende vormen van 'dagbesteding' – zoals omschreven in de Nadere regel – en begeleiding *inhoudelijk* van elkaar te onderscheiden. Voor de begeleiding bij de dagbesteding worden geen eisen gesteld aan het opleidingsniveau. Over het algemeen wordt door de GGZ-instelling gekozen voor een MBO-4 opgeleide activiteitenbegeleider, omdat de problematiek van de groep cliënten complex is en dus riskant voor medewerkers die te weinig van psychische stoornissen en hoe daarmee om te gaan, afweten.

Begeleiding met een geneeskundige doel kan, evenals dagbesteding, individueel en in een groep plaatsvinden. Begeleiding is niet gebonden aan een klinische opname, maar kan ook ambulant worden gegeven. Anders dan de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever, maakt de afzonderlijke categorie 'dagbesteding' van de Nadere regel het mogelijk om niet alleen in het kader van verblijf te declareren, maar ook in het kader van een deeltijd- of ambulante behandeling. Dat gebeurt in de praktijk ook. Daarmee vervalt nog een onderscheidend kenmerk van dagbesteding ten opzichte van begeleiding.

Financieel is het onderscheid tussen dagbesteding en begeleiding met een geneeskundig doel wel duidelijk: dagbesteding wordt in uren geregistreerd en door MBO-ers gegeven, terwijl begeleiding in minuten wordt geregistreerd en alleen door HBO-ers gegeven mag worden. Begeleiding is daarmee een duurder product.

7.1.4 *Bijscholing medewerkers in verband met financiering van zorg*

In een aantal GGZ-instellingen worden MBO-ers in een opleidingstraject van de NCOI Opleidingsgroep in één jaar tijd bijgeschoold tot HBO opgeleide sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH) of maatschappelijk werkers. Dit gebeurt in het kader van *'erkenning verworven competenties'*. Omdat deze functies zijn opgenomen in de beroepenlijst van de NZa, mogen deze medewerkers vervolgens hun werkzaamheden in het kader van 'activerende begeleiding' gaan registreren als onderdeel van de behandeling (per minuut). Desgevraagd vertelde een teamleider deeltijdbehandeling dat de verwachting is dat de activiteiten op HBO-niveau minimaal zullen verschillen van de activiteiten die zij nu al verrichten op MBO-niveau. Deze ontwikkeling lijkt vooral noodzakelijk om het financiële plaatje rond te krijgen.

Al met al zorgt het huidige bekostigingssysteem voor een ongewenste prikkel: niet de inhoud van de zorg is leidend, maar de financiering. Zorginstituut Nederland vindt dit een onwenselijke situatie.

7.2 Conclusie

Het onderscheid tussen ‘dagbesteding’ en ‘begeleiding met een geneeskundig doel’ is bezien vanuit het wettelijk kader helder. Begeleiding met een geneeskundig doel omvat activiteiten die gericht zijn op de beperkingen voortvloeiend uit de stoornis en die ingrijpen op deze beperkingen. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid nodig op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.). Geneeskundige begeleiding is onderdeel van de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg’.

Dagbesteding wordt in de Zvw niet genoemd als een (afzonderlijke) te verzekeren prestatie. Activiteiten die geboden worden aan cliënten die zijn opgenomen, en die tot doel hebben cliënten weer in beweging te krijgen, structuur aan te brengen in de dag, het weer onder de mensen komen, kortom een zinvolle dagbesteding bieden, maken onderdeel uit van het verblijf en vallen daarmee ook onder de te verzekeren prestatie ‘verblijf’.

We constateren dat de bekostigingsregels in de Nadere Regel van de NZa ten aanzien van dagbesteding niet aansluiten bij de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Het bieden van een zinvolle dagbesteding maakt onderdeel uit van de te verzekeren prestatie ‘verblijf’. In de huidige praktijk worden deze activiteiten ook aangeboden in het kader van een ambulante behandeling. Een aparte declaratietitel werkt dit in de hand.

In de bekostigingsregels wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van dagbesteding, waarbij enkelen meer in de richting gaan van begeleiding met een geneeskundige doel. In dat geval vallen deze activiteiten onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg’. Deze vorm van begeleiding kan zowel geboden worden aan cliënten die zijn opgenomen als aan ambulante cliënten. Er is in de Nadere Regel qua tijdsregistratie onderscheid tussen begeleiding als onderdeel van de behandeling en de meer activerende vormen van dagbesteding.

We constateren dat er een perverse prikkel uitgaat van het huidige bekostigingssysteem. Zorginstituut Nederland vindt dit een onwenselijke situatie. We zijn er voorstander van om de aparte categorie ‘dagbesteding’ in de Nadere Regel te laten vervallen en de bekostigingsregels meer te laten aansluiten op het wettelijk kader. Het is óf dagbesteding in het kader van verblijf óf het is begeleiding met een geneeskundig doel. Dit sluit aan bij het wettelijk kader van de Zvw.

8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Beantwoording vragen

8.1.1 *Centrale vraag*

In de inleiding van dit rapport hebben we aangegeven welke vragen we willen beantwoorden, te weten:

> Wat is het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding?
> Wat is de plaats van vaktherapie en dagbesteding in het huidige wettelijke kader en welke 'norm' uit het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk hoort daarbij?
> Welk bewijs is er voor de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen?

8.1.2 *Wat is het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding?*

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 van dit rapport hebben we beschreven wat vaktherapie is en wat dagbesteding is en het onderscheid daartussen. Gebleken is dat dit onderscheid in de praktijk duidelijk is. Het zit vooral in de therapeutische werkwijze van vaktherapie gericht op (het leren omgaan met) de stoornis en het feit dat vaktherapie – om die reden – een nauwe relatie heeft met de behandeling van de hoofdbehandelaar. Bij vaktherapie en dagbesteding gaat het om een verschillende aanpak, een andere opleiding en een andere financiering.

8.1.3 *Wat is plaats van vaktherapie en dagbesteding in het huidige wettelijke kader en welke 'norm' uit het Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk hoort daarbij?*

Vaktherapie maakt integraal onderdeel uit van de geneeskundige behandeling in het kader van de geneeskundige GGZ. Vaktherapie valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Vaktherapie moet daarom voldoen aan de wettelijke norm 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Het bieden van een zinvolle dagbesteding aan cliënten die zijn opgenomen, maakt onderdeel uit van een integraal, multidisciplinair zorgaanbod gedurende 24 uur. Dagbesteding valt onder de te verzekeren prestatie 'verblijf', voor zover het gaat om het bieden van een zinvolle daginvulling. Gezien de aard van deze activiteiten (dagstructurering, het bieden van een ontmoetingsfunctie, recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten) gaat het om een zorgvorm waarop de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassing is.

8.1.4 *Welk bewijs is er voor de effectiviteit van vaktherapie*

Wat betreft de vraag welk bewijs er is voor de effectiviteit van de klassieke vaktherapieën als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen, hebben we moeten constateren dat de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën in het verleden onvoldoende is onderzocht. Ons ontbreekt het dus aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. Toch willen wij op dit moment niet concluderen dat de klassieke vormen van vaktherapie niet tot de te verzekeren zorg behoren, omdat zij niet zouden voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij hebben hier de volgende redenen voor:

> de toepassing van klassieke vormen van vaktherapie in de geneeskundige GGZ kent een lange traditie en is ook al heel lang bestaande praktijk. Het gaat om behandelmethoden die de betrokken beroepsgroepen (psychiaters, klinisch

psychologen) tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent.

> In het verleden viel de geneeskundige GGZ onder de AWBZ. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' was tot 1 januari 2012 niet opgenomen in de AWBZ. Om deze reden is de effectiviteit van de AWBZ-gefinancierde zorg in het verleden minder beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken. Waar mogelijk en nuttig werd de effectiviteit van AWBZ-zorg – als onderdeel van de doelmatige zorgverlening in het kader van de AWBZ – wel op dezelfde manier getoetst als dat gebeurt bij de Zvw-zorg. Een toets aan dit criterium is voor de vaktherapie echter nooit eerder uitgevoerd.
> Er bestaat noch in Nederland noch internationaal een onderzoekscultuur in de vaktherapie.
> Er is wel sprake van enige evidence. We zien dit bijvoorbeeld terug in een aantal (internationale) multidisciplinaire richtlijnen waarin vaktherapie wordt aanbevolen, weliswaar op basis van evidence van een laag niveau.
> De beroepsgroep onderschrijft de urgentie om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie en zet daar ook op in. Een blijk van professionalisering van vaktherapie is de ontwikkeling van een 'Generieke Module Vaktherapieën' in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Gezien de therapeutische claim van vaktherapie wil het Zorginstituut op termijn bewijs zien voor de effectiviteit van vaktherapie. We willen de beroepsgroep de ruimte geven om dit bewijs alsnog te leveren. Dit betekent dat de klassieke vormen van vaktherapie voor volwassenen voorlopig als onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw kunnen blijven worden toegepast. Wij zullen de ontwikkelingen op dit gebied nauw volgen. Eerste moment van peiling is in 2018 nadat de 'Generieke Module Vaktherapieën' is opgeleverd. Uiteindelijk zal het Zorginstituut over 5 jaar alsnog uitspraak doen over de vraag of er voldoende vertrouwen is dat vaktherapie leidt tot relevante (meer)waarde voor de verzekerde in vergelijking met behandeling zonder vaktherapie. Ons 'Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk' is hierbij leidend.

8.2 Conclusies bekostiging

We constateren het onderscheid tussen 'begeleiding met een geneeskundig doel' en 'dagbesteding' bezien vanuit het wettelijk kader helder is. De bekostigingsregels in de Nadere Regel van de NZa zijn op dit punt minder duidelijk, omdat deze niet aansluiten bij het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet. Dit is deels te verklaren doordat de terminologie die in de huidige bekostigingsregels wordt gebruikt nog uit de AWBZ stamt.

Dagbesteding wordt in de Zvw niet genoemd als een (afzonderlijke) te verzekeren prestatie. Voor zover de dagbesteding bestaat uit het bieden van een zinvolle daginvulling maakt dit onderdeel uit van de te verzekeren prestatie 'verblijf'. In de praktijk wordt dagbesteding ook aangeboden tijdens een ambulante behandeling. Een aparte declaratietitel om dagbesteding te registreren werkt dit in de hand. Het is óf dagbesteding in het kader van verblijf óf het is begeleiding met een geneeskundige doel. We hebben geconstateerd dat er een perverse prikkel uitgaat van het huidige bekostigingssysteem. Zorginstituut Nederland vindt dit een onwenselijke situatie.

8.3 Aanbevelingen

Om te komen tot gepast gebruik van zorg doen wij de volgende aanbevelingen:

> Wij ondersteunen het initiatief van de FVB voor de ontwikkeling van een 'Generieke Module Vaktherapie' die in meerdere zorgstandaarden gebruikt kan worden.

> Wij roepen de beroepsgroep op om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie zodat op termijn (5 jaar) het bewijs kan worden geleverd. Ook zaken als het behandeldoel, met welke frequentie vaktherapie moet worden gegeven, de duur en de intensiteit ervan dienen daarbij te worden meegenomen.
> Wij adviseren de Hogescholen waar vaktherapie wordt gegeven toch vooral samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met universiteiten om goed wetenschappelijk onderzoek te waarborgen.
> De NZa vragen wij te onderzoeken of de Nadere Regel kan worden aangepast, in die zin dat daarbij de indeling in de vijf klassieke vaktherapieën wordt aangehouden. De categorie 'vaktherapie overig' kan daarmee vervallen. Hiermee wordt de inzet en de bekostiging van deze vaktherapieën transparanter.
> De NZa vragen wij te onderzoeken op welke wijze de bekostigingsregels van de activiteiten die nu onder de noemer 'dagbesteding' en 'begeleiding' kunnen worden geregistreerd, kunnen worden aangepast en daarbij na te gaan hoe eventuele ongewenste neveneffecten kunnen worden voorkomen. Het is wenselijk dat deze bekostigingsregels aansluiten bij de geldende wet- en regelgeving.

8.4 Kostenconsequentieraming

De klassieke vormen van vaktherapie kunnen voorlopig als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling in het kader van de 'geneeskundige zorg' (Zvw) blijven worden toegepast. Dit heeft geen consequenties voor de kosten die met vaktherapie gemoeid zijn.

Indien de bekostigingsregels van de NZa voor vaktherapie worden aangepast en registratie mogelijk wordt op de vijf verschillende vaktherapeutische stromingen dan geeft dit een goed inzicht in de tijdsinvestering en de daarmee gemoeide kosten van de afzonderlijke vaktherapieën. In dat geval kan de categorie 'overige vaktherapie' vervallen en wordt voorkomen dat hierin behandelingen worden geregistreerd, waarvan niet duidelijk is of deze tot de 'klassieke' vaktherapieën behoren. Ook door de bekostigingsregels voor 'dagbesteding' en 'begeleiding' meer te laten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw denken wij dat gepast gebruik kan worden bevorderd. Vanwege de vele onduidelijkheden is het echter niet mogelijk hiervoor een verantwoorde kostenconsequentieraming te maken.

9 Reacties belanghebbende partijen

9.1 Consultatie

Het conceptrapport is via de consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

1. Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
2. GGZ Nederland
3. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
4. Nederlands Instituut voor Psychologen
5. Stichting Helpen met Paarden
6. Landelijk Platform GGZ
7. Het Zwarte Gat
8. Zorgverzekeraars Nederland
9. Nederlandse Zorgautoriteit

De reacties van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage bij dit rapport gevoegd. Hieronder gaan wij in op de hoofdlijnen van de ontvangen reacties.

9.1.1 Beschrijving vaktherapie en dagbesteding

In het algemeen kan worden gesteld dat partijen onze omschrijving van vaktherapie en dagbesteding en het onderscheid daartussen onderschrijven.

Het kenniscentrum ‘Het Zwarte Gat’ wijst nog op het belang van herstelondersteunende zorg. Het Zwarte Gat maakt daarbij gebruik van het onderscheid dat Jaap van der Stel heeft aangebracht tussen klinisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel[42]. Vaktherapie sluit aan bij wat Jaap van der Stel ‘functioneel herstel’ noemt. In ieders herstelproces zou meer dan nu het geval is aandacht moeten zijn voor welke functies hersteld cq. verbetering behoeven. Mede gelet op de benoemde verschillen in herstelprocessen dringt Het Zwarte Gat aan op afstemming tussen de uitvoerders van de Zorgverzekeringswet, Wmo en Participatiewet.
De FVB en het NIP kunnen zich vinden in de beschrijving van vaktherapie en dagbesteding, maar wijzen eveneens op het belang van ‘dagbesteding arbeidsmatig’. Bij deze vorm van dagbesteding gaat het om herstelondersteunende zorg in de vorm van rehabilitatiemethoden als Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), Individuele plaatsing en steun (IPS), traject- en jobcoaching.

ZIN: De herstelondersteunende zorg komt aan de orde in paragraaf 3.3.1 van dit rapport. Het antwoord op de vraag waar de herstelbevorderende begeleidingsactiviteiten in het kader van de geneeskundige zorg (Zvw) ophouden en waar deze overgaan op activiteiten die meer op het terrein van de Wmo liggen, de Participatiewet of de Wet werk en zekerheid zullen wij beantwoorden in het kader van het duidingsverzoek over de (Arbeids)participatie (zie paragraaf 3.3.2).

9.1.2 Effectiviteit vaktherapie

Partijen herkennen onze conclusie over het gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen van vaktherapie als van runningtherapie en equitherapie. Dit betekent volgens partijen niet dat de interventies niet effectief zouden zijn. Partijen vinden het daarom verstandig dat het Zorginstituut op dit moment geen uitspraak doet over de effectiviteit van vooral de klassieke vormen van vaktherapie.

---

[42] ‘Zelfregulatie ontwikkeling en herstel; *Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag’,* Jaap van der Stel (2013).

De FVB acht de verschillende overwegingen die leiden tot de hoofdconclusie helder en reflecteren de situatie binnen de wetenschap en praktijk van dit moment. De FVB vindt dat het feit dat er enige evidence is voor een aantal patiënt-interventiecombinaties overschaduwd wordt door het feit dat dit dus niet voor alle combinaties het geval is. De FVB zou graag zien dat we dit nuanceren in die zin dat we de patiënt-interventiecombinaties noemen die wel worden genoemd in richtlijnen en/of waarvoor wel enig bewijs is.

ZIN: Wij zijn van mening dat een dergelijke nuancering niet nodig is. De patiënt-interventiecombinaties waarop de FVB doelt komen aan de orden in paragraaf 2.3.2 en zijn overzichtelijk opgenomen in tabel 2 van paragraaf 6.3.3.

De NVvP verwacht met de ontwikkelingen in de neurowetenschappen de komende jaren te kunnen laten zien dat de inzet van andere dan verbale competenties van patiënten een gunstig effect hebben op herstel en genezing. De NVvP vraagt zich samen met het NIP af of kwalitatieve onderzoekstechnieken misschien meer geschikt zouden zijn voor het aantonen van de effectiviteit van vaktherapie dan de meer natuurwetenschappelijke.

ZIN: Bij de beoordeling van de effectiviteit van interventies is kwantitatief onderzoek leidend. Hierbij gaat het om een oordeel of de interventie effectief is in een bepaalde populatie bij een bepaalde indicatie; dat wil zeggen wordt het gestelde doel bereikt in vergelijking met een alternatief (geen interventie of standaardbehandeling). Echter kwalitatief onderzoek kan een waardevolle ondersteuning bieden aan effectiviteitsonderzoek. Door het beantwoorden van vragen als: hoe ervaren patiënten de aandoening en voor wie werkt de interventie en in welke omstandigheden, kan kwalitatief onderzoek meer inzicht geven in het proces achter de effectiviteit, in implementatievraagstukken en contextuele aspecten. Mochten deze inzichten er zijn dan zal ZIN deze graag meenemen bij zijn beoordelingen.

De Stichting Helpen met Paarden kan zich vooralsnog niet vinden in onze conclusie over equitherapie. De door ME-TA genoemd systematic review[32] die therapie met dieren evalueert is bij de SHP-E niet bekend. De Stichting beschikt over een aantal onderzoeken, die in verschillende Europese landen, met dezelfde methodiek die de stichting handhaaft en onderwijst, zijn uitgevoerd. Dit onder meer met psychiatrische patiënten, autisten, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, eetstoornissen en angststoornissen.

ZIN: De reactie van de SHP-E leidt niet tot een andere conclusie. Anders dan bij de klassieke vormen van vaktherapie gaat het bij equitherapie niet om een interventie die door de betrokken beroepsgroep als een adequate behandelmethode – als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling – is aanvaard. Om deze reden gaan wij er vooralsnog vanuit dat equitherapie op dit moment geen te verzekeren zorg is in het kader van de geneeskundige GGZ (zie verder paragraaf 6.5.3)..

ZN merkt op dat geen andere conclusie mogelijk lijkt te zijn, dan dat er nog weinig bewijs van effectiviteit van vaktherapie is. Wel zijn de zorgverzekeraars van mening dat van de vakverenigingen verwacht mag worden dat zij met onderzoek en bewijs van effectiviteit komen. Om een ongewenste toename van vaktherapie te voorkomen, zou het volgens de zorgverzekeraars voorkeur verdienen aan te geven wat de maximale inzet van vaktherapie zou mogen zijn.

ZIN: Wij onderschrijven het belang van duidelijkheid over de inzet van vaktherapie. De module vaktherapieën zal meer duidelijkheid moeten geven over de verschillende interventies, bij welke stoornissen deze worden toegepast, met welk doel en in hoeveel sessies.

9.1.3 Afbakening dagbesteding en activerende begeleiding

In het algemeen herkennen partijen de gesignaleerde problemen wat betreft de afbakening tussen dagbesteding en begeleiding. Niet alle partijen zijn overtuigd van de noodzaak tot het laten vervallen van de aparte categorie 'dagbesteding'. GGZ Nederland geeft aan dat een eventuele wijziging alleen kan samengaan met een evenredige aanpassing van de tarieven voor verblijf.

Het NIP kan zich voorstellen dat het Zorginstituut naar een oplossing zoekt voor het gesignaleerde probleem. Wel stelt men dat de impact en wellicht ongewenste neveneffecten zouden moeten worden meegewogen bij een beslissing om 'dagbesteding' uit de Nadere Regel te laten vervallen.

De FVB vindt het belangrijk dat de financieringsstructuur zo is opgezet dat recht wordt gedaan aan de personele inzet om te komen tot een kwalitatief goed aanbod.

Het Zwarte Gat herkent zich zeer in het beschreven dilemma en dringt aan op afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

ZN herkent het gesignaleerde probleem en is van mening dat de Nadere Regel zou moeten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw.

De NZa merkt op dat het onderscheid tussen dagbesteding en begeleiding vanuit het wettelijk kader bezien helder is. In de praktijk zou dit wel eens lastig te operationaliseren zijn. Als dagbesteding wordt opgenomen in de verblijfsprestatie, kan de NZa zich voorstellen dat het in twijfelgevallen lucratiever kan zijn om op begeleiding te schrijven. Daarom is voor het integreren van dagbesteding in de verblijfsprestatie nader onderzoek nodig.

ZIN: Door de bekostigingsregels beter te laten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw denken wij dat gepast gebruik kan worden bevorderd. Wij vragen de NZa de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken en daarbij na te gaan hoe eventuele ongewenste neveneffecten kunnen worden voorkomen.

9.1.4 Overige opmerkingen/aanvullingen

Het Zwarte Gat wijst op het belang van het cliëntenperspectief in het definiëren van de werkzaamheid van zorg. Men vindt het daarom belangrijk dat cliënten participeren bij de ontwikkeling van de Generieke Module 'Vaktherapieën'.
ZIN: Van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is vernomen dat voor de inhoudelijke ontwikkeling van de Generieke Module Vaktherapieën een werkgroep zal worden samengesteld met inhoudsdeskundigen (vaktherapeutische professionals) en inhoudsbetrokkenen (vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, NIP, V&VN, e.a.). Wij gaan ervan uit dat daarmee de participatie van cliënten voldoende is gewaarborgd.

ZN vindt dat 'vaktherapie overig' niet langer zou moeten zijn opgenomen in de DBC-registratie. ZIN: Dit is in lijn met onze aanbeveling.

De FVB kan zich vinden in de aanbevelingen en vraagt of er plaats is voor een aanbeveling om meer mogelijkheden te creëren – door ondersteuning door ZonMw en het Zorginstituut – voor experimenten en onderzoek voor de verschillende vaktherapeutische disciplines.

ZIN: Wij vinden het van belang dat goed onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van vaktherapieën. Indien de beroepsgroep hiertoe een voorstel zou indienen in het kader van het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw, dan zullen wij dit voorstel zeker ondersteunen.

Verder zijn er door partijen nog tal van andere (verschillende) opmerkingen gemaakt die wij hebben beoordeeld. Deze opmerkingen hebben op tal van plaatsen geleid tot aanpassing of verduidelijking van het rapport.

10 Besluit

In zijn vergadering van 26 oktober 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten – gelet op het advies van de WAR – het rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' vast te stellen.

Dit rapport heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het bevorderen van gepast gebruik in de geneeskundige GGZ als het gaat om vaktherapie en dagbesteding.

Om dit te bereiken roepen we de beroepsgroep op om onderzoek te doen naar de effectiviteit van vaktherapie. Wij willen op dit moment niet concluderen dat de klassieke vormen van vaktherapie niet tot de te verzekeren zorg behoren, omdat zij niet zouden voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. We willen de beroepsgroep ruimte geven om het bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie binnen een termijn van 5 jaar alsnog te leveren.

Ook door de bekostigingsregels beter te laten aansluiten op het wettelijk kader van de Zvw denken wij dat gepast gebruik kan worden bevorderd. Wij vragen de NZa de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken.

Zorginstituut Nederland

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

prof. dr. A. Boer

Bijlage 1

Ontvangen reacties inhoudelijke consultatie

1. Federatie Vaktherapeutische Beroepen
2. GGZ Nederland
3. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
4. Nederlands Instituut voor Psychologen
5. Stichting Helpen met Paarden
6. Landelijk Platform GGZ
7. Het Zwarte Gat
8. Zorgverzekeraars Nederland
9. Nederlandse Zorgautoriteit

Reactie FVB op Consultatiedocument "Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ" d.d. 29 juni 2015, van het Zorginstituut Nederland.

FVB
Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Algemene opmerkingen:

Allereerst complimenten voor de nauwgezette en betrokken werkwijze van de auteurs. Het is een zorgvuldig samengesteld document met input vanuit een breed perspectief.

Consultatievragen:

Consultatievraag 1 Kunt u zich vinden in de beschrijving van vaktherapie (hfst. 2)?
De beschrijving van de praktijk van vaktherapie op dit moment is treffend en vanuit de invalshoek van het rapport gezien zowel uitvoerig als compleet.
Hierbij willen we wel de volgende kanttekeningen plaatsen.
In hfst 2 gaat het om een sterk tijd- en contextafhankelijke beschrijving en betreft het specifiek de Nederlandse situatie. Niet meegenomen wordt het feit dat ook in het buitenland arts therapy, psychomotricity of body oriënterend psychotherapeuten en muziektherapie worden aangeboden en en deze therapieën daar een groot draagvlak hebben binnen de geneeskundige zorg. Overigens komt in hoofdstuk 6 de internationale situatie wel aan de orde maar dit betreft vooral het onderzoek.
Verder is de beschrijving van de Nederlandse praktijk er ook een die getekend is door recente bezuinigen en financieringsstructuur. De wijze waarop de vaktherapieën nu in de dagelijkse praktijk vorm krijgen is niet alleen ingegeven door inhoudelijke overwegingen maar wordt mede bepaald door de beperkingen in het huidige aanbod.
Het zou interessant zijn om ook waar het de praktijkvoorbeelden betreft (omvang en plaats vaktherapeuten binnen psychiatrische zorg) de Nederlandse situatie te vergelijken met elders.

Consultatievraag 2 Kunt u zich vinden in de beschrijving van dagbesteding (hfst. 3)?
De FVB kan zich vinden in de beschrijving van dagbesteding zoals beschreven in hfst 3. Het lijkt ons dat deze vraag het best vanuit de eigen sector beantwoordt kan worden. Wel heeft de FVB we nog een aanvulling waar het 'dagbesteding activering' betreft. Juist op dit moment is er vanuit de wetenschap en de zorg veel aandacht voor de ernstige gevolgen van psychiatrische problematiek op de somatische gezondheid. Hierbij gaat het vooral om het zogenaamde metaboolsyndroom, een scala aan ernstige somatische aandoeningen die voorkomen bij mensen die langdurig te kampen hebben met ernstige problematiek zoals bij schizofrenie en chronische depressie. Het sterfterisico is mede hierdoor voor deze groep veel hoger dan binnen de populatie buiten de GGZ. Een gezonder leefpatroon en dan vooral ook meer beweging kan deze negatieve effecten enigszins te niet doen terwijl er ook indicaties zijn dat bewegen ook een positief effect heeft op het cognitief functioneren. Echter, juist deze groep, die vaak kampt met gebrek aan initiatief en apathie, heeft gerichte begeleiding nodig om in beweging te komen. 'Dagbesteding activering' heeft dus niet alleen de functie van daginvulling maar is ook vanuit klinisch oogpunt zeer relevant.

Een laatste aanvulling: juist 'Individuele Plaatsing en Steun (IPS)' is als vorm van dagbesteding arbeidsmatig een interventie die niet groepsgewijs kan worden aangeboden omdat het principieel om een individuele benadering vraagt.

Consultatievraag 3 Bent u het eens met onze conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hfst. 5)?
Binnen de kaders die geschetst zijn in het rapport lijkt het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding zoals beschreven adequaat. Mede ook doordat zowel de inhoudelijke als wettelijke kant te beschreven zijn.
Toegevoegd zou kunnen worden dat vaktherapie een doel heeft buiten de activiteit en het moment terwijl het bij de meeste vormen van dagbesteding primair om de activiteit zelf op dat moment gaat.

Consultatievraag 4 Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen betreft als equitherapie en runningtherapie (hfst. 6)?
De verschillende overwegingen die leiden tot de hoofdconclusie in dit hoofdstuk zijn helder en reflecteren de situatie binnen wetenschap en praktijk van dit moment.
Hierbij willen we de kanttekening plaatsen dat het nadeel van de gekozen strategie is, dat een deel van de evidentie op een lager niveau nu wordt genegeerd terwijl dit wel degelijk een onderbouwing biedt, in de zin van practice based medicin.
De inspanningen van dit moment om goed vaktherapeutisch onderzoek op te zetten worden adequaat beschreven terwijl ook een realistisch beeld van de belemmeringen worden geschetst.
De FVB zou het op prijsstellen als in dit hoofdstuk benadrukt wordt hoe gering de omvang van de beroepsgroepen en het relatief geringe aandeel binnen de bekostiging van de GGZ is. Meer in zijn algemeenheid kan benadrukt worden hoe lang de omloopsnelheid is van onderzoek en het moment waarop dit na publicatie terecht komt in reviews en via die reviews in de richtlijnen.

De FVB is verheugd dat gezien wordt dat de vaktherapeutische beroepen hard aan de weg timmeren op het gebied van de onderbouwing van de effectiviteit van de vaktherapieën middels wetenschappelijke evidentie. We willen nogmaals bevestigen dat we hier een zeer nadrukkelijk belang in zien en daar zowel organisatorisch (o.a. beroepsvereniging) als inhoudelijk (o.a. lectoraten) alle zeilen bij zetten.

Een laatste punt betreft de nadruk op de algemene vraag naar DE effectiviteit van DE vaktherapie. In de praktijk gaat het om specifieke effecten van specifieke interventies voor specifieke patiëntengroepen. Het goede nieuws dat er enige evidentie is voor een aantal patient-interventie-combinaties wordt in het document echter vaak overschaduwd door het feit dat dit dus niet voor alle combinaties het geval is. Door de vraag zo algemeen te houden wordt het glas snel halfleeg in plaats van half vol! Belangrijk lijkt om te nuanceren naar verschillende specifieke combinaties en verschillende niveaus van wetenschappelijke onderbouwing en stand van praktijk.

Consultatievraag 5 Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers wat betreft de oplossing van dit probleem (hfst 7).
Voor wat betreft het onderscheid tussen 'echte' dagbesteding en 'activerende begeleiding ' is het lastig de inhoudelijke criteria strak aan te houden omdat niet kan worden volgehouden dat ook het groepsgewijze aanbod 'Daginvulling' geen relevantie heeft voor herstel. Dit is ook zo in de tekst weer gegeven. Belangrijk is dat de financieringsstructuur zo is opgezet dat recht gedaan wordt aan de personele inzet nodig om te komen tot een kwalitatief goed aanbod.

Consultatievraag 6 Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 8)

Zie ook onze opmerking bij consultatievraag 4: door de gekozen 'generieke' invalshoek komt de evidentie die er is voor specifieke patient-interventie-combinaties niet goed voor het daglicht. Vooral in 8.1.4 lijkt het zinvol die patiënt-interventie-combinaties te noemen die wel genoemd worden in de richtlijnen en/ of waarvoor wel enig bewijs is.

De FVB kan zich vinden in de geformuleerde aanbevelingen.
Wellicht is er nog plaats voor een aanbeveling om meer mogelijkheden te creëren voor experimenten en onderzoek voor verschillende vaktherapeutische disciplines ondersteund door ZonMw/CVZ/ZiNL. In dit onderzoek zou meegenomen moeten worden dat vaktherapie veelal aangeboden worden in combinatie met andere interventies (bijv. cognitieve gedragstherapie) en soms met meerdere vormen van vaktherapie tegelijkertijd (bijv. beeldende therapie en PMT). Dus niet alleen methodologische ondersteuning, maar ook ondersteuning in het organiseren van grootschalig onderzoek binnen GGZ-instellingen. Veelal wordt dit namelijk van ondergeschikt belang geacht door de instellingen zelf.

Een andere aanbeveling zou kunnen zijn dat de vaktherapieën blijven investeren in goede omschrijving van het eigen aanbod in o.a. modules welke ook getoetst kunnen worden bijv. in het kader van de “Commissie Erkenning interventies in de langdurige zorg” en ander beoordelingskaders zoals MOVISIE.

Een laatste suggestie voor een aanbeveling betreft de discussie rondom de verschillende soorten onderzoek die kunnen leiden tot meer evidentie waarbij ook een lans wordt gebroken voor onderzoek dat niet is opgezet volgens de klassieke lijnen van de RCT.

Opmerkingen m.b.t. de tekst zelf:
N.B. de regelnummering is bij elke paragraaf opnieuw gestart

Punt 2.1.1. Inleiding
r2 vervangen: “creatieve activiteiten” door “kunstzinnige activiteiten”

r2 schrappen: “of medium”

r6 toevoegen: “psychische- en” voor psychosociale problematiek

r10 toevoegen: “zijn” tussen “vormen” en “geen”

r12 toevoegen: na “maken”, “te doen ervaren”

r 24 vervangen: “laten we de psychomotorische kindertherapie buiten beschouwing.” door “laten we de vormen van vaktherapie aan kinderen en jeugdigen buiten beschouwing.”
Toelichting op deze tekst: de psychomotorische kindertherapie is niet eerder toegelicht in dit document en komt daarmee wat ‘uit de lucht vallen’. De tekst van deze alinea geeft aan welke zaken er uitgesloten worden. Zo wordt er ook vanuit de andere vaktherapeutische disciplines behandeling geboden aan kinderen en jeugdigen. Het geheel daarvan wordt buiten beschouwing gelaten.

r25 vervangen: “vaktherapie die gegeven wordt aan dementerenden” door “vaktherapie die gegeven wordt binnen de ouderenzorg.”
Toelichting: alleen dementerenden is een te nauwe benaming voor het scala van problematiek dat in het kader van de ouderenzorg wordt behandeld door vaktherapeuten. Dit sluit ook aan bij de benaming vanuit de overheid:
http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg.

Algemene opmerking bij deze paragraaf: het wordt niet helder of bijv. de justitiële zorg en/of zorg in een forensisch kader wel wordt meegenomen. Zie bijv. paragraaf 2.4.1. waarin beide sectoren wel benoemd worden in de bredere opsomming van de plekken waar vaktherapie wordt gegeven.

Paragraaf 2.1.2.
r8 schrappen: ”Op veel plekken is een vruchtbare samenwerking ontstaan met cognitief gedragstherapeuten, maar”
Toelichting: Deze regel zegt iets over de samenwerkingsverbanden en niet zozeer over de theoretische grondslagen. Terwijl deze paragraaf gaat over de theoretische grondslagen waar inzichten aan ontleend worden. Anders zou er een bredere uiteenzetting gedaan moeten worden welke samenwerkingsverbanden er zijn in de praktijk (ook met psychotherapeuten, schemagerichte psychotherapeuten, klinisch psychologen, gedragstherapeuten et cetera).

r11 vervangen: “Assertive Community Treatment (ACT)” door “Acceptance and Commitment Therapy (ACT)”
r11 vervangen: “Dialectisch Gedrags Therapie (DGT)” door “Dialectic Behavioral Therapy (DBT) “
Toelichting: Nu wordt Nederlands- en Engelstalige termen door elkaar gebruikt.

r12 vervangen: “Schematherapie” door “Schema Foces Therapy (SFT, schematherapie)"

r13/14 vervangen: "In deze therapieën….goed geoefend worden." Door
"De theoretische principes die in deze therapieën worden gehanteerd en die veelal in verbale werkvormen uitgewerkt worden, lenen zich ook goed voor een meer ervaringsgerichte aanpak waarbij zowel de betrokkene al doende inzicht verwerft en tevens de mogelijkheid krijgt te oefenen met nieuw gedrag."
Toelichting op deze tekst: De huidige zin is onduidelijk terwijl zij wel van belang is.

Paragraaf 2.1.4.
r2 vervangen: "biologische, sociale en psychische componenten" door "biologische, psychische en sociale componenten."
Toelichting: qua volgorde een betere aansluiting bij het uitgangspunt van het bio-psycho-sociaal model.

r22-25 schrappen: "Volgens de geconsulteerde vaktherapeuten richt PMT zich iets meer op lichaamsbeleving, grenzen, agressieregulatie en spanningsregulatie, terwijl de beeldende therapie zich iets meer richt op verwerking van traumatische ervaringen en contact met het eigen gevoelsleven."
Toelichting: Deze alinea is te subjectief en beschrijft maar 2 disciplines en komt niet overeen met de bredere ervaringen in het werkveld.

Paragraaf 2.2.1
r5 vervangen: **"**Nu wordt de vaktherapie ingezet die toevallig beschikbaar is in de GGZ-instelling." door "Veelal is er in de verschillende behandelteams niet het hele scala van vaktherapieën beschikbaar en wordt de keuze mede bepaald door het aanbod binnen dat team of instelling. een aanbod dat deels op inhoudelijke deels op basis van organisatorische overwegingen tot stand is gekomen."

r7 vervangen: "Cliënten krijgen in sommige GGZ instellingen ….aangeboden, omdat -" door in deeltijd en klinische behandeling krijgen cliënten soms meerdere beschikbare vaktherapieën aangeboden, zoals dat ook gebeurt met verschillende vormen van begeleiding en verbale therapie. Dit gebeurt omdat..."

Toelichting: De oorspronkelijke tekst komt overeen met de observatie in de praktijk. Het is echter zo dat oorspronkelijk binnen de instellingen op basis van inhoudelijke overwegingen het aanbod vaktherapie is opgebouwd. In latere jaren heeft men vanuit bezuinigingsoverwegingen nieuwe keuzes moeten maken. Het is niet geheel willekeurig dat bijvoorbeeld op de afdelingen voor traumabehandeling veelal zowel beeldende therapie als PMT wordt aangeboden, bij afdelingen voor de behandeling van eetstoornissen vaak PMT en bij afdelingen voor stemmingsstoornissen beeldende therapie en bijvoorbeeld bij persoonlijkheidsstoornissen weer vaker dramatherapie.
De volgende zin (r7) behoeft ook nuancering omdat dit alleen de deeltijd en klinische behandelingen betreft.

Paragraaf 2.2.2
Laatste alinea (blz. 14) vervangen: "Bij trauma's kan vaktherapie meteen aan het begin van de behandeling te belastend zijn en meer opleveren als het licht ingezet en goed getimed wordt." door "Bijvoorbeeld de gefaseerde behandeling van traumagerelateerde problematiek vraagt om een weloverwogen (multidisciplinaire) afweging welke vorm van vaktherapie wordt in gezet en met welke insteek. Dit om een gedoseerde mate van arousal te kunnen garanderen in de fase van behandeling waarin er sprake is van geringe belastbaarheid van de cliënt."
Toelichting: Het is een voorbeeld en het lijkt tevens de zin in de alinea daarboven wat tegen te spreken (een niet verbale invalshoek kan stabiliserend werken etc.). Soms kan het juist

wel handig zijn om vaktherapie al in te zetten en soms is het juist handiger om het in een later stadium in te zetten. En in andere gevallen kun je het in beide fasen inzetten met een iets andere insteek per keer.

Paragraaf 2.3.1.
r3 vervangen: "een actieve beroepsvereniging" door "actieve beroepsverenigingen in federatief verband"

Paragraaf 2.3.3.
De gehele paragraaf vervangen door:
"Momenteel wordt in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz gewerkt aan een Generieke Module Vaktherapieën. De doelstelling van de Generieke module Vaktherapieën is tweedelig.
Enerzijds zal het de bestaande informatie zodanig organiseren dat onderstaande vragen beantwoord worden en beschikbaar komen voor alle geïnteresseerden. Hierdoor kan een integrale herstelbenadering daadwerkelijk gerealiseerd worden en zorg tegen aanvaardbare kosten worden geleverd.
Anderzijds biedt het vaktherapeutisch professionals de mogelijkheid eigen interventies efficiënt en doelgericht te innoveren.

De Generieke module Vaktherapieën geeft inzicht in:
- De indicatie: bij welke cliënten met welke psychische klachten/ stoornissen is deze generieke module van toepassing,
- Behandeling en zorg: welke interventies bevat deze module en hoe zien deze eruit?
- Effect: informatie over de mate waarin de interventie evidence based of consensus based is.
- Kwaliteit: aan welke kwaliteitseisen en criteria dienen vaktherapeutische professionals te voldoen om de interventie te kunnen uitvoeren?
- Verantwoordingsinformatie: welke kwaliteitsindicatoren zijn van toepassing en welke informatie moet daarvoor op welk moment in het zorgproces worden vastgelegd?
- De organisatie van het zorgproces.
- De locatie waar de interventie beschikbaar is in de regio.
- De wijze waarop en mate waarin de vergoeding geregeld is.

Deze module zal naar verwachting in 2017 gereed komen.

Verder wordt er momenteel door ProPersona gewerkt aan het beschrijven van vaktherapie in een matrix[8]. In deze matrix wordt per vaktherapeutische discipline inzichtelijk gemaakt welke interventie bij welk functioneringsgebied past. De lectoren vaktherapieën van de hogescholen willen de komende maanden met het veld de bruikbaarheid van de genoemde matrix bespreken en komen tot consensus over een definitieve vorm van de matrix.
Deze matrix zal tevens ingebracht worden bij de ontwikkeling van de Generieke Module Vaktherapieën"

Paragraaf 2.3.4.
r12-15 vervangen: "Dit onderzoek voltrekt zich …mentale problematiek" door
"Dit onderzoek voltrekt zich langs drie lijnen: onderzoek naar lichaamsbewustzijn, onderzoek naar interventies gericht op regulatie van emoties en gedrag en onderzoek gericht op de invloed van expressie en ontspanning op mentale problematiek."

Paragraaf 2.3.5.
blz. 16 r6 vervangen: "De FVB streeft tevens naar opname van de vaktherapeutische beroepen in het BIG-register na." voor "De FVB streeft tevens naar opname van de vaktherapeutische beroepen (GZ-Vaktherapeut) in artikel 34 van de Wet BIG (beschermde opleidingstitel)."

Paragraaf 2.4.1
Algemeen De eerste twee alinea's van 2.4.1 zijn deels overlappend.

r7 toevoegen: “geschat wordt dat” tussen “Aangezien” en “60-65%”
Toelichting: het is een (wel is waar redelijk onderbouwde) schatting, waardoor er ook geen definitief getal genoemd kan worden hoeveel vaktherapeuten er daadwerkelijk zijn.

r18 vervangen: “Dit aantal neemt overigens de laatste tijd af als gevolg van bezuinigingen in de sector” door “Dit aantal neemt overigens de laatste tijd af als gevolg van bezuinigingen in de sector."De bezuinigingen lijken daarbij vergelijkbaar te zijn met de andere beroepsgroepen in deze sector.”
Toelichting: Het is van belang om te benadrukken dat het niet zo is dat er met de bezuinigingen vooral vaktherapeuten wegbezuinigd worden. De afname lijkt conform de gehele bezuiniging en afname in personeel in de GGZ.

r15 vervangen: “Landelijke cijfers over het aantal vaktherapeuten per werkvorm” door “Landelijke cijfers over het aantal vaktherapeuten per discipline”
Toelichting: per werkvorm doet juist weer vermoeden dat het over de werkvorm gaat, terwijl het gaat over de discipline die met bepaalde werkvormen werkt.

Paragraaf 2.4.2.
r1 vervangen: “In alle zes de disciplines kan een masteropleiding gevolgd worden.” door “in alle disciplines kan een masteropleiding gevolgd worden.”
Toelichting: tot nu toe is er iedere keer over 5 disciplines gesproken en is de psychomotorische kindertherapie buiten beschouwing gelaten. Daarom nu ook weglaten.

Paragraaf 2.4.4.
r9 aanvullen: “Vaktherapie overig’ werkt in de hand dat hierin behandelingen kunnen worden geregistreerd waarvan niet duidelijk is of deze de ‘klassieke’ vaktherapieën behoren. “met “evenals het (laten) registreren van dagbestedingsactiviteiten onder deze noemer wanneer de organisatie dergelijke activiteiten ook betitelt als ‘vaktherapie’ of dat ‘vaktherapie en dagbesteding’ organisatorisch een gezamenlijk cluster zijn.”
Dit overigens ook in lijn met de opmerking in het kader in 3.1.4.

Paragraaf 2.5.1
r1 toevoegen: In de praktijk worden ook andere “dan de in het door de FVB vastgestelde beroepscompetentieprofiel opgenomen” tussen andere” en “vaktherapieën” vaktherapieën aangeboden, zoals runningtherapie en equitherapie.

Paragraaf 3.3.2
r2 vervangen: “wanneer” door “waar”.

Paragraaf 5.1
r1 vervangen: “wel” door “we”

Paragraaf 6.3.4.
In regel 1 staat “We hebben de mogelijkheid overwogen om …”, wat suggereert dat dit niet gebeurd is. Vervolgens wordt er wel verwezen naar informatie van het bureau META.
Dit suggereert dat er in ieder geval iets is gevraagd of onderzocht.
Kan dit nader verduidelijkt worden??

Paragraaf 6.4.1
vierde alinea.

Strikt genomen geldt het argument zoals nu verwoord over het verkrijgen van subsidies voor onderzoek. Waar het volgens ons om gaat is dat het vanuit de huidige geldstromen juist lastig is om gelden te verkrijgen voor gedegen RCT onderzoek naar de effecten van vaktherapie. Onderzoeksgroepen die subsidies aanvragen voor onderzoek naar vaktherapie zijn voornamelijk gesitueerd binnen het HBO, waar fundamenteel onderzoeken minder op de voorgrond staat (o.a. ook grootschalig RCT onderzoek), maar meer de focus ligt op innovatie en valorisatie vanuit het onderzoek (ontwikkeling van (kennis)producten vanuit het onderzoek t.b.v. de praktijk). Wij zouden graag zien dat deze alinea anders geformuleerd wordt.

blz. 37 vijfde alinea.
r1 vervangen: “Vaktherapie” door “Vaktherapeutisch onderwijs”

r4 “uitgevoerd door HBO studenten” is onvolledig, aangezien het onderzoek wordt uitgevoerd door wetenschappers, docenten, studenten, waarbij het onderzoek in de meeste gevallen geadviseerd wordt door een wetenschappelijke adviesraad met hoogleraren en gepromoveerde onderzoekers.

r4 vervangen: “Praktijkgericht onderzoek houdt zich ook aan bepaalde wetenschappelijke kwaliteitscriteria, maar RCT's zijn daardoor niet haalbaar.” door “Praktijkgericht onderzoek houdt zich aan de gebruikelijke wetenschappelijke kwaliteitscriteria. Het onderzoek binnen hogescholen richt zich sterk op innovatie en valorisatie. Fundamenteel onderzoek is minder evident binnen hogescholen. Ook zijn subsidiebronnen, waar er vanuit hogescholen een beroep op kan worden gedaan, minder gericht op fundamenteel onderzoek. Dit zorgt ervoor dat het lastig is om grootschalig RCT's op te zetten en uit te voeren.”
<u>Toelichting</u>: Praktijkgericht onderzoek houdt zich aan wetenschappelijke kwaliteitscriteria. Wat betreft de kwaliteitscriteria zijn er geen verschillen tussen onderzoek dat wordt uitgevoerd aan HBO of aan universiteit. Hier wordt strikt op toegezien vanuit de kwaliteitszorg. De verwijzing die wordt gegeven -nr. 29- is correct en hierin wordt ook duidelijk dat er geen verschillen zijn. Verder zijn RCT's wel haalbaar. Een goed voorbeeld is het onderzoek van promovendus S. Haeyen, waarin een groep mensen met persoonlijkheidsproblemen die op een wachtlijst staan voor een behandeling worden toegewezen aan een experimentele groep (beeldende therapie) versus een controle groep (geen interventie, dus wachtlijst).

r7 laten vervallen: “Deze vragen ook …. Hogeschool niet gegeven.
<u>Toelichting:</u> Het zijn immers niet enkel studenten die het onderzoek uitvoeren.

Paragraaf 6.4.2.
blz. 38 voetnoot 30
Vraag: Klopt de plek waar noot 30 staat? De noot slaat op een voorbeeld van n=1onderzoek.

blz. 38 2e bullet (N=1 studies…)
Wellicht goed om hier het systemische n=1 onderzoek dat door Spreen binnen Stenden wordt uitgevoerd te noemen.

blz. 38 3e bullet ('Experimenten met...).
Dit punt is ons niet geheel duidelijk. Volgens ons is dit niet strikt een methodologisch argument is, zoals de andere argumenten. Voorstel is dit te verduidelijken of weg te laten, omdat bij dit design ook de eerder genoemde knelpunten gelden.

blz. 38 laatste alinea.
r3 Er wordt niet alleen naar internationale, gevalideerde instrumenten gekeken, maar ook worden er meetinstrumenten in Nederland ontwikkeld. Een goed voorbeeld is de BTV-PS van Haeyen.

Paragraaf 6.5.1
r4 vervangen: “moeten wij constateren …beperkt is” door “moeten wij constateren dat er te weinig onderzoek voorhanden is, waarin de effectiviteit van vaktherapie wordt onderzocht."Dit betekent niet dat vaktherapie niet effectief is.”
Toelichting: De wijze waarop de zin nu geformuleerd is, is vatbaar voor misinterpretatie. Een dergelijke gewijzigde formulering zou volgens ons meer in lijn zijn met de eindconclusie en het advies van het stuk, namelijk dat de klassieke vormen van vaktherapie voor volwassenen voorlopig als onderdeel van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw kunnen blijven toegepast en daarbij de ontwikkeling nauw volgen. Een dergelijke wijziging in formulering kan wellicht ook op andere plaatsen worden doorgevoerd om e.e.a. meer in lijn met de eindconclusie te laten lopen.

blz. 40 tweede alinea
r2. vervangen “onderzoekscultuur” door “stevige onderzoekscultuur”
Toevoegen naar regel 2: “Deze onderzoekscultuur is momenteel sterk in ontwikkeling”.
Toelichting: Er wordt immers hard gewerkt aan deze onderzoekscultuur.

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw E.C.M. V

Datum
31 juli 2015
Contactpersoon

Bijlage(n)
n.v.t.
Doorkiesnummer

Ons kenmerk
Fa/mnop/ierr/163212/2015
Onderwerp
consultatie vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige ggz

Uw kenmerk
Volgnummer 2015014148

Geachte mevrouw V , beste L ,

Dank voor de gelegenheid om te reageren op het conceptrapport over vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige ggz. Onze antwoorden op uw consultatievragen treft u onderstaand aan.

Consultatievraag 1
Kunt u zich vinden in de beschrijving van vaktherapie (hfst. 2)?
Reactie:
Wij vinden het een verhelderend overzicht. Andere partijen, zoals de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), hebben echter beter zicht of de beschrijving van vaktherapie in hoofdstuk 2 volledig en juist is.
Een specifiek punt in dit hoofdstuk betreft de zinsnede in paragraaf 2.4.5 over de invloed van beddenreductie op de vaktherapie: '*Alleen voor de meest ernstige cliënten en alleen als het echt noodzakelijk is, dus vooral bij crisissituaties.*' Het is te kort door de bocht te stellen dat verblijf vooral bij crisissituaties van toepassing is. Verblijf noodzakelijk voor behandeling is aanzienlijk breder dan alleen in geval van acute crises.

Consultatievraag 2
Kunt u zich vinden in de beschrijving van dagbesteding (hfst. 3)?
Reactie:
Ja, daar kunnen we ons grotendeels in vinden.

Consultatievraag 3
Bent u het eens met onze conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hfst. 5)?
Reactie:
Voor dagbesteding grijpt het rapport terug op hetgeen gesteld is in paragraaf 4.1.4, namelijk dat in het kader van de AWBZ dagbesteding zijn oorsprong vindt in de functie begeleiding, preciezer geformuleerd 'ondersteunende begeleiding in groepsverband.' Volgens ons is het

echter net zo goed mogelijk activerende begeleiding in groepsverband te kunnen geven wat dan ook onder de noemer dagbesteding valt. Per 1 januari 2008 is de geneeskundige ggz overgeheveld naar de Zvw. Onderdeel hiervan is dagbesteding. Het GGZ Kompas maakte hierbij destijds geen onderscheid naar ondersteunende of activerende begeleiding.

Consultatievraag 4
Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen betreft als equitherapie en runningtherapie (hfst. 6)?
Reactie:
Ja, we herkennen ons in de algemene conclusie dat als het bewijs voor effectiviteit van interventies beperkt is, dit niet betekent dat de interventies niet effectief zouden zijn. Wij kunnen er ons dan ook in vinden dat er nog geen uitspraak wordt gedaan over de vraag of vaktherapie al dan niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en dat klassieke vormen van vaktherapie voor volwassen als onderdeel van de te verzekeren prestaties Zvw gehandhaafd blijven.

Consultatievraag 5
Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers wat betreft de oplossing van dit probleem (hfst 7).
Reactie:
Het gesignaleerde probleem heeft zijn basis in hetgeen gesteld is in paragraaf 4.1.4, namelijk dat in het kader van de AWBZ dagbesteding zijn oorsprong vindt in de functie begeleiding, preciezer geformuleerd 'ondersteunende begeleiding in groepsverband.' Hierover hebben we eerder, bij consultatievraag 3 aangegeven dat dit volgens ons te beperkt is en dat dagbesteding ook activerende begeleiding in groepsverband kan zijn. Wij zien dan ook geen noodzaak tot het laten vervallen van de aparte categorie 'dagbesteding' in de DBC spelregels. Daarnaast vragen wij ons af hoe het Zorginstituut bekostiging van geneeskundige activerende begeleiding in een groep voor ogen heeft? Maakt het tijdschrijven per minuut dit volgens de redenatie in het rapport niet juist duurder?
Ten aanzien van consultatievraag 5 merken wij op dat de bekostiging van dagbesteding, in tegenstelling tot uw ogenschijnlijke veronderstellingen, niet is opgenomen in de integrale tarieven voor verblijf. Wij vragen ons dan ook af op welke 'perverse prikkels' in de bekostiging u doelt. Daarmee vragen wij ons ook af welk probleem u beoogt op te lossen. We zijn van harte bereid om mee te denken hoe de terminologie in de NZa regelgeving beter kan aansluiten bij de wetgeving. Wij hebben echter geen probleem met de huidige bekostigingspraktijk. Het eventueel wijzigen van de regelgeving kan dan alleen samen gaan met evenredige en tijdige aanpassing van tarieven voor verblijf.

Met vriendelijke groet,

Maarten Oosterkamp
Sr. beleidsadviseur

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Zorginstituut Nederland

Utrecht, 7 augustus 2015

Kenmerk: JvG/lh/2377/15
Betreft: Consultatiedocument "Vaktherapie en Dagbesteding in de geneeskundige GGZ"

Geachte mevrouw V, beste L,

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kennis genomen van het consultatiedocument "Vaktherapie en Dagbesteding in de geneeskundige GGZ". Ten algemene onderschrijven wij uw conclusies ten aanzien van de waarde van vaktherapie in de behandeling van mensen met een psychische stoornis. Helderheid over de indicatie voor vaktherapie en dagbesteding en met name de bekostiging ervan zijn van belang. Dit document kan hierbij behulpzaam zijn.

Ingaand op uw specifieke consultatievragen kunnen wij het volgende opmerken. De beschrijving van vaktherapie, dagbesteding en het onderscheid daartussen is naar onze mening correct. Wij herkennen het ontbreken van evidentie voor de effectiviteit van vaktherapie, maar delen ook uw argumenten om desondanks voorlopig nog geen harde uitspraken te doen over de meerwaarde van vaktherapie in de behandeling. Wij verwachten met de ontwikkelingen in neurowetenschappen de komende jaren kunnen laten zien dat de inzet van andere dan verbale competenties van patiënten een gunstig effect hebben op herstel en genezing. Daarnaast vragen wij ons af of het nut van vaktherapieën langs dezelfde natuurwetenschappelijke meetlat gelegd moet worden of dat hiervoor andere -kwalitatieve- methodieken meer geschikt zijn. Opvallend zijn de hoge score op vaktherapie in patiënttevredenheidsonderzoek. Het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg is door bezuinigingen al erg verschraald en patiënten vinden deze vorm van behandeling vaak zeer zinvol. Wij dringen erop aan dat dit in de analyse ook een dusdanige zwaarte krijgt toegekend. Dit past goed bij de principes van persoons- en herstelgericht behandeling.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. dr. A.T.F. Beekman
Voorzitter

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

Nederlands Instituut van Psychologen

Aan het Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw E.C.M. V

Utrecht, 12 augustus 2015
Ref.: rw/is/1508-065

Nieuwekade 1-5
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Tel (030) 820 15 00
Fax (030) 820 15 99
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Geachte mevrouw V,

Hierbij reageren we als Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) op het Consultatiedocument 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' van het Zorginstituut. Wij hebben een positieve indruk van het document en menen dat de inhoud ervan de urgentie van de huidige consultatie goed laat zien. Er is momenteel namelijk binnen de GGZ vooral een practice-based werkwijze ten aanzien van vaktherapie waarbij een gebrek aan evidence opvalt. Het is een goede en terechte zaak als er de komende jaren voldoende gelegenheid komt om effect-onderzoek te laten plaatsvinden en om de positieve trend van de methodische ontwikkeling van de vaktherapie voort te zetten. Dit zal bijdragen aan de belangrijke functie die psychologen toekennen aan vaktherapie en dagbesteding.

Consultatievraag 1. Kunt u zich vinden in de beschrijving van vaktherapie (hoofdstuk 2)?
Ja. Het NIP kan zich goed vinden in deze beschrijving. Onderaan de brief volgen enkele opmerkingen erbij.

Consultatievraag 2. Kunt u zich vinden in de beschrijving van de dagbesteding(hoofdstuk 3)
Ja, het NIP kan zich in het algemeen vinden in de beschrijving, maar ziet graag een aanvulling. Het zou goed zijn aandacht te besteden aan de verhouding van dagbesteding tot herstelondersteunende zorg: dus meer over IPS, IRB, traject- en jobcoaching.

Consultatievraag 3. Bent u het eens met onze conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hoofdstuk 5)?
Ja, het NIP meent dat de conclusies over het onderscheid juist zijn. Onderaan de brief volgt een opmerking bij de beschrijving van het onderscheid.

Consultatievraag 4. Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie (hoofdstuk 6)
Het NIP onderschrijft de conclusies en de aanbevelingen met betrekking tot het bewijs van effectiviteit van vaktherapie; zowel wat de klassieke vormen als wat runningtherapie en equitherapie betreft. Het is inderdaad verstandig, zoals het Zorginstituut van plan is, om een voldoende onderbouwde uitspraak over de effectiviteit van m.n. de klassieke vormen van vaktherapie uit te stellen.

Te verwachten is dat er in de toekomst 'passend bewijs' tot stand gebracht kan worden. We vragen aandacht voor het belang en de problematiek van een adequaat onderzoeksdesign in de onderzoeken naar de effectiviteit van vaktherapie, onder andere ten gevolge van de overigens noodzakelijke inbedding van vaktherapie in de multidisciplinaire behandeling. We verwijzen hier met instemming naar de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie die onder andere in overweging geeft of voor het effectonderzoek van vaktherapie kwalitatieve onderzoeksmethodieken wellicht geschikter zijn dan de meer natuurwetenschappelijke. Aandachtspunten zijn verder een voldoende realistisch tijdpad met betrekking tot de onderzoeken naar effectiviteit en voldoende financiering om deze onderzoeken te laten plaatsvinden via de daarvoor bekende financieringsstromen.

Het ZIN beoogt in 2018 wel een uitspraak te kunnen doen. Omdat er maar weinig onderzoek loopt, is echter nu al te voorzien dat er in 2018 nog weinig nieuw effectonderzoek afgerond kan zijn. Het ZIN kan dus beter een later jaar plannen.

Overigens is het voor die latere beoordeling van de effectiviteit van vaktherapie goed om nu al een opvatting vanuit de beroepsgroep van de psychologen te vermelden. We kunnen bevestigen dat het naar de ervaring en het oordeel van zeer velen in de beroepsgroep voor veel indicatiegebieden in de ggz als een juiste behandelwijze beschouwd moet worden om bepaalde vaktherapie in te zetten, mits ingebed in de multidisciplinaire behandeling. De indicering met de te ontwikkelen generieke module vaktherapie zal dit oordeel naar verwachting nog versterken. Naast het gewenste effectonderzoek kan ook de beoogde toename van het aantal richtlijnen in de ggz, met hopelijk meer uitspraken over de inzet van vaktherapie dan nu, bijdragen aan de onderbouwing van de effectiviteit van vaktherapie.

Consultatievraag 5. Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers voor de oplossing van dit probleem (hoofdstuk 7)?
Het NIP herkent het gesignaleerde probleem van de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Het NIP kan zich voorstellen dat het Zorginstituut naar een oplossing zoekt. De impact en wellicht ongewenste neveneffecten van de overwogen oplossing, namelijk om de categorie 'dagbesteding' in de DBC-regels te laten vervallen (pagina's 44 en 46), zouden echter meegewogen moeten worden bij een beslissing hierover.

Consultatievraag 6. Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij deze conclusies en aanbevelingen?
Opmerkingen bij vraag 1 over de beschrijving van vaktherapie:
- Pagina 13, 2.2.1 Indicatie en contra-indicatie: Hierin wordt beschreven dat er in de praktijk geen aparte indicatiestelling voor vaktherapie of voor een specifieke vorm van vaktherapie is. Landelijk gezien is dit zo, maar op instellingsniveau is er in de praktijk bij verschillende instellingen sprake van een indicatiestellingssystematiek.
- Pagina 13, 2.2.1, 2e alinea: Er staat dat er in principe geen contra-indicaties zijn voor vaktherapie. Bij diverse doelgroepen/behandelingen zijn in de praktijk wel gedifferentieerde en belangrijke contra-indicaties in gebruik voor bepaalde vaktherapieën (bijv. de psychosociale conditie) en de vorm (groep of individueel). Deze noodzakelijk multifactoriële indicatiestelling is overigens een complicatie voor het effectonderzoek.

Opmerkingen bij vraag 3 over het onderscheid vaktherapie en dagbesteding:
- Pagina 29, hoofdstuk 5.2, alinea 2: Met betrekking tot dagbesteding wordt als interventie genoemd om een cliënt tegen een boksbal te laten slaan. Deze interventie is een ongelukkig gekozen voorbeeld, omdat het gebruik van een boksbal veelal een onderdeel is van vaktherapie. Het is een interventie die namelijk juist eerst in de PMT geoefend moet worden. Reden is dat er voor sommige cliënten een contra-indicatie is, omdat gebruik van een boksbal juist spanning op kan roepen als het op de verkeerde manier ingezet wordt en omdat uitleg van techniek van belang kan zijn.

Wij zijn graag tot toelichting bereid; neem dan s.v.p. contact op met beleidsmedewerker Rob Wiewel ( ).

Met vriendelijke groet,

drs. J.C.M. van Eck
Directeur

Consultatievraag 1
Kunt u zich vinden in de beschrijving van de vaktherapie (hfst.2)

(blz. 19)De Stichting Helpen-met-Paarden E(NL) kent vijf typen leden: Equitherapeut in opleiding, assistent equitherapeut, coördinator equitherapie, gediplomeerd Equitherapeut en gecertificeerd/geregistreerd Equitherapeut SHP

Consultatievraag 2
Kunt u zich vinden in de beschrijving van dagbesteding (hfst.3)

Ja

Consultatievraag 3
Bent u het eens met de conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hfdst.5)

Deze conclusies zijn juist en duidelijk zichtbaar binnen de GGZ

Consultatievraag 4
Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen betreft als equitherapie en runningtherapie (hfst. 6)

We kunnen ons vooralsnog niet vinden in de conclusie over het bewijs van effectiviteit van equitherapie, aangezien de onderzoeken die geraadpleegd zijn niet bekend zijn bij Nederlandse Stichting Helpen-met-Paarden Equitherapie. Bij onze Stichting beschikken we over een aantal onderzoeken, die in verschillende Europese landen, met dezelfde methodiek die de Stichting handhaaft en onderwijst, zijn uitgevoerd. Dit onder meer met psychiatrische patiënten, autisten, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, eetstoornissen en angststoornissen.

Verder is de Stichting op het moment bezig om de sinds 16 jaar door haar aangeboden de post-HBO-opleiding Equitherapie (SHP) te laten accrediteren.

In het boek Equitherapie SHP-E(NL) getiteld: Ontwikkelen, bevorderen, ondersteunen en genezen met de hulp van het paard geschreven door Dr. Ulrike Thiel, met bijdragen van B. Klüwer, S. Hanneder, R. Seibler, G. Dreisbach, P. Strausfeld en H. Strück. worden de criteria waaraan Equitherapeuten dienen te voldoen en waar men op getoetst wordt, precies omschreven.

Eveneens vindt men hier de precieze inhoud en omvang van de opleiding.

De Nederlandse Stichting Helpen-met-Paarden Equitherapie verzorgt een 1- jarige opleiding voor equine assisted activities, hetgeen te vergelijken is met dagbesteding met paarden. Daarnaast bestaat een twee-jarige opleiding voor therapeutische interventies met paarden.

We verzoeken u derhalve de uitsluiting op te schorten, omdat er nog relevante informatie gemist wordt om tot een overwogen beslissing te komen.

We verzoeken contact met het Zorginstituut te bewerkstelligen om de ontbrekende informatie te kunnen verschaffen.

Consultatievraag 5
Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers wat betreft de oplossing van dit probleem (hfst. 7)

De problematiek wordt door ons gezien

Consultatievraag 6
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst.8)

Niet op moment. Wij zullen wel graag betrokken blijven bij overleg.

LPGGz

Landelijk Platform GGz

De cliënten- en familiekoepel in de ggz

Hoi L,

Door overmacht is het ons niet gelukt om bijtijds te reageren op het consultatiedocument.

Duidelijk mag zijn dat we ons in ieder geval zeer wel kunnen vinden in het gestelde in paragraaf 3.3 Maatschappelijke ontwikkelingen.

Met excuses.

Met hartelijke groet,

Steven Makkink
Beleidsmedewerker LPGGz - Kwaliteit, Zorginkoop, Ervaringsdeskundigheid

Landelijk Platform GGz
Postbus 13223, 3507 LE Utrecht
Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht

M 06 26170178
www.platformggz.nl

Nijmegen, 6 Augustus 2015

Betreft: reactie op vaktherapie en dagbesteding in de Geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw V.

Allereerst willen we u danken voor de uitnodiging te reageren op het door u toegezonden Consultatiedocument Vaktherapie en Dagbesteding in de geneeskundige GGZ.

We geven onze reactie door de consultatievragen op pagina 10 van het document te beantwoorden.

Vooraf willen we opmerken dat we de beantwoording doen vanuit het perspectief van Herstelondersteunende zorg, daarbij gebruikmakend van het onderscheid dat Jaap van der Stel heeft aangebracht tussen klinisch-, persoonlijk-, functioneel- en maatschappelijk herstel. En ook vanuit de wetenschap dat Herstel een uniek en persoonlijk proces is, dat voor ieder anders verloopt. In een onlangs door ons gehouden studiedag waaraan ongeveer 30 mensen hebben deel genomen met eigen herstelervaring werd weer duidelijk hoe individueel en onderling verschillende herstelprocessen zijn. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de verschillende wijze waarop ieder met zijn of haar herstel begint. Enkele quotes daarover uit het verslag van die dag:

"Een positief rolmodel vinden."

"Huisvesting moet geregeld zijn."

"Doel hebben, in ieder geval weten, waarvoor je wilt herstellen."

"Weg uit de omgeving waarin je bent."

"Omgeving die ondersteuning biedt. Begrip vanuit familie of omgeving."

"Als je begint te dromen van herstel dan begint herstel."

"Vragen om medicatie was voor mij de eerste stap naar herstel."

We hebben deze citaten over genomen om te laten zien dat de door Jaap van der Stel genoemde aspecten van herstel voor ieder in een andere volgorde van belang zijn. De traditie van eerst klinisch herstel, al dan niet aangevuld met persoonlijk- en functioneel herstel, gevolgd door maatschappelijk herstel als nazorg, is niet voor iedereen van toepassing.

Tegen de hier geschetste achtergrond beantwoorden we de consultatievragen.

Consultatievraag 1
Kunt u zich vinden in de beschrijving van vaktherapie (hfst. 2)?

We kunnen ons in de omschrijving van vaktherapie vinden en willen graag het geconstateerde noodzakelijke verfijning van de indicatiestelling benadrukken. We zien dat vaktherapie aansluit bij wat Jaap van der Stel functioneel herstel noemt. Hij vindt dat nog onderbelicht en die visie delen we met hem. In ieders herstelproces zou meer dan nu het geval is, aandacht moeten zijn voor welke functies hersteld cq verbetering behoeven en hoe dat kan worden gerealiseerd.

In een bijlage hebben we samengevat wat de ervaringen van de leden van onze achterban met de verschillende vaktherapieën zijn.

Consultatievraag 2
Kunt u zich vinden in de beschrijving van dagbesteding (hfst. 3)?

We kunnen ons goed in de beschrijving van dagbesteding vinden. We onderschrijven het op pagina 25 genoemde dilemma van de financiering op grond van de Zorgverzekeringswet en de WMO. Mede gelet op boven benoemde verschillen in herstelprocessen willen we aandringen op afstemming tussen de uitvoerders van de Zorgverzekeringswet en de WMO in het belang van de ongestoorde uitvoering van herstelprocessen van mensen met een verslavingsprobleem. Naast de WMO zou daarin ook de uitvoering van de Participatiewet betrokken moeten worden.

In die afstemming zou ook de ontwikkeling en uitvoering van de zogenaamde herstelacademies betrokken moeten worden, die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan herstel. Te overwegen valt een aantal functies van de huidige dagbesteding hierin onder te brengen. We zien herstelacademies als cliënteninitiatieven die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan met name het maatschappelijk herstel. De ervaring van bijvoorbeeld de stichting AanZet in Friesland laat zien dat 10% van hun deelnemers doorstroomt naar de arbeidsmarkt. Gelet op de grote afstand tot de arbeidsmarkt van hun deelnemers en de geringe kosten voorwaar geen geringe prestatie!

Consultatievraag 3
Bent u het eens met onze conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hfst. 5)?

We zijn het eens met het gemaakte onderscheid. Als dagbesteding gebruikt wordt voor het verbeteren van maatschappelijke participatie zien we niet in waarom geen wetenschappelijke bewijsvoering noodzakelijk zou zijn en geleverd zou kunnen worden voor de effectiviteit daarvan.

Consultatievraag 4
Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen betreft als equitherapie en runningtherapie (hfst. 6)?

We hebben steeds gepleit voor een gelijkwaardig belang van wetenschappelijke-, professionele- en cliëntenkennis. Met beperkte middelen hebben we enkele ervaringen van cliënten van de verslavingszorg verzameld in de bijlage waarnaar we eerder verwezen.

Consultatievraag 5
Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers wat betreft de oplossing van dit probleem (hfst 7).

We herkennen ons zeer in het beschreven dilemma en willen aandringen op de afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars, waarop we hiervoor hebben aangedrongen. We zijn graag bereid aan dat overleg een bijdrage te leveren.

Consultatievraag 6
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 8)

In de zorg wordt terecht aangedrongen op zorg waarvoor wetenschappelijk bewijs dat ze werkzaam is. We willen aandringen op het belang van het cliëntenperspectief in het definiëren van de werkzaamheid. En, evenzeer op het niet louter toepassen van bewezen effectieve behandelingen. Immers op een aantal aspecten van de zorg is nog niet veel onderzoek naar de effectiviteit verricht. Als die aspecten van groot belang zijn voor herstel willen we aandringen op het starten van een onderzoeksprogramma naar de effectiviteit e en hoe die te verbeteren in plaats van die aspecten te schrappen uit het behandelaanbod.

We dringen aan op een met de huidige ontwikkeling van de zorgstandaarden vergelijkbare systematiek voor de ontwikkeling van een generieke module vaktherapie, dus met cliëntparticipatie in het volledige ontwikkelproces.

Met inbegrip van onze eerder gemaakte opmerking over de financiering kunnen we ons verder in de conclusies en aanbevelingen vinden.

Met vriendelijke groet,

Marcel van Nattem

Voorzitter stichting het Zwarte Gat

06-31048881

Reactie ZN op consultatiedocument ''Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ', 10 augustus 2015

Kunt u zich vinden in de beschrijving van vaktherapie (hfst. 2)?

- We kunnen ons vinden in de huidige beschrijving. Wel blijft het lastig om tot een eenduidige definitie te komen, door het ontbreken van enige onderbouwing.
- Toevoeging: een vaktherapeut maakt gebruik van non-verbale activiteiten om bij de cliënt emotionele, sociale, cognitieve en psychomotorische problemen te onderkennen, te overwinnen, te verminderen of te accepteren.
- Een lidmaatschap van de FVB als vereiste lijkt ons kwalitatief noodzakelijk, zeker gezien het feit dat het geen beschermd beroep is.

Aanvullend enkele opmerkingen van afzonderlijke zorgverzekeraars:

- Opvallend is dat de vaktherapie zich met name richt op symptoom/klacht behandeling en niet op behandeling van de onderliggende stoornis zelf. Ergo, vaktherapie moet o.i. als ondersteunende interventie worden aangemerkt en net als eigenstandige behandelvorm voor enige stoornis.
- Wat voor instellingen mogelijk verwarring schept, is de regelgeving CU-5111 over dagbesteding. Daarin worden welzijnsactiviteiten (met voorbeelden zoals Bingo) genoemd als niet vallend onder de prestatie dagbesteding. Dit lijkt deels in tegenspraak met de omschrijving in dit document.
- Gezien het feit dat de ambulantisering vanuit de inhoud vorm wordt gegeven is het van belang goed zicht te hebben op de mogelijkheden en de toegevoegde waarde van vaktherapie binnen de ambulante setting.

Kunt u zich vinden in de beschrijving van dagbesteding (hfst. 3)?

- We kunnen ons vinden in de huidige beschrijving.

Aanvullend enkele opmerkingen van afzonderlijke zorgverzekeraars:

- Graag zien we plaatsbepaling van yoga, mindfulness en jobcoach vermeld.
- Bij 3.3.1 Komt wat uit de lucht vallen dat Achmea iets bekostigd. Het is de vraag of dit wenselijk is.
- Het laatste stuk van het hoofdstuk over de wensen van de LPGGZ lijken wat vreemd, aangezien et gaat over de beschrijving van dagbesteding en niet de beschrijving van de wensen van verschillende stakeholders.

Bent u het eens met onze conclusies over het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding (hfst. 5)?

- Wij kunnen ons vinden in de conclusies.

Kunt u zich vinden in onze conclusie over het bewijs van effectiviteit van vaktherapie, zowel wat de klassieke vormen betreft als equitherapie en runningtherapie (hfst. 6)?

- Er lijkt geen andere conclusie mogelijk te zijn, dan dat er nog weinig bewijs van effectiviteit van vaktherapie is.

Aanvullend enkele opmerkingen van afzonderlijke zorgverzekeraars:

- Van de vakverenigingen mag verwacht worden dat zij met onderzoek en bewijs van effectiviteit aankomen.

- Om ongewenste toename te voorkomen verdient het de voorkeur om ook aan te geven wat de maximale inzet van vaktherapie bij de behandeling zou mogen zijn.
- Hierbij kan opgemerkt worden dat vaktherapie niet alleen een bijdrage zou moeten leveren aan symptoomreductie, maar dat het bijdrage aan herstel van de cliënt ook een parameter zou kunnen zijn.

Herkent u het door ons gesignaleerde probleem over de afbakening tussen dagbesteding en activerende begeleiding. Heeft u nog meegevers wat betreft de oplossing van dit probleem (hfst 7)?

- Het gesignaleerde probleem wordt herkend.

Aanvullend enkele opmerkingen van afzonderlijke zorgverzekeraars:

- Wat betreft de afbakening met activerende begeleiding willen wij nog een knelpunt meegeven. Wat wij ervaren, is dat er in de praktijk niet altijd helder onderscheid wordt gemaakt tussen VOV (meestal in het kader van VZO) en activerende begeleiding/dagbesteding. Mogelijk dat afbakening met deze vorm van structurering (VOV) nog kan worden genoemd.
- Om het geheel meer te professionaliseren behoeft vaktherapie een indicatiestelling. Vaktherapie moet gegeven worden door een lid van de FVB. Deze indicatiestelling hoeft niet te stoelen op een diagnose maar op een probleem (dat kan horen bij meerde diagnoses), bijvoorbeeld gestoorde lichaamsbeleving.
- De spelregels van DBC onderhoud moeten worden aangepast aan c.q. aansluiten bij het wettelijk kader van de Zvw.
- Verder is het nog steeds zo dat het onderscheid tussen activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding nogal eens niet duidelijk c.q. scherp is aan te geven. Hoewel dat op papier wel is gebeurd, blijkt dit in de praktijk toch vaak problemen op te leveren. Daarom zou een tijdslimiet gebonden moeten worden aan de activerende begeleiding.
- Graag willen wij meegeven dat bij eventuele besluitvorming herstel van de cliënt voorop zou moeten staan. Zo zou het wenselijk zijn vanuit de ZVW toeleiding naar werk beter vorm te geven, zodat dit beter aansluit op aanpalende terreinen van gemeente en UWV.

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 8)?

- “Vaktherapie overig” niet meer opnemen in de DBC-registratie.

Reactie NZa d.d. 17 augustus 2015

Van: Janse, Jan Jaap [mailto:JJanse@nza.nl]
Verzonden: maandag 17 augustus 2015 16:49
Aan: Visser, mw. E.C.M. (Liselotte)
CC: Esch, Bea van; Rijnierse, Mw. L.
Onderwerp: RE: Consultatiedocument 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ

Hoi Liselotte,

Met excuses voor de vertraging hierbij onze reactie.

Door een fout mijnerzijds heeft er geen jurist naar kunnen kijken. Hier moeten we dus een voorbehoud maken.
Eventueel kan ik daar nog wat huiswerk voor (laten) doen, zodat we dit maandag in het PO kunnen bespreken.

Een belangrijke tekstuele opmerking is dat er steeds verwezen wordt naar de spelregels van DBC Onderhoud. DBC Onderhoud bestaat per 1 mei niet meer en de spelregels hebben sinds 2014 geen formele status meer. Verzoek om overal te verwijzen naar de nadere regel 'gespecialiseerde GGZ' van de NZa (daar staat overigens hetzelfde in, maar dan met formele status).

Ons antwoord op de consultatievragen:

1. Ja, we kunnen ons vinden in de beschrijving van vaktherapie;
2. Ja, we kunnen ons vinden in de beschrijving van dagbesteding. Een aandachtspunt is de samenhang tussen dagbesteding in de Zvw en dagbesteding in de Wlz. Zoals jullie schrijven komt dagbesteding oorspronkelijk uit de AWBZ (nu Wlz). Deze dagbesteding is in 2008 overgeheveld naar de Zvw zonder grote aanpassingen. De vraag is of een aanpassing van dagbesteding in de Zvw invloed heeft op dagbesteding in de Wlz;
3. Ja, we vinden het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding helder uitgelegd. Omdat dagbesteding onder de aanspraak verblijf zou vallen, is het logisch om deze qua bekostiging te integreren. Ook hier is de samenhang tussen Wlz en Zvw een aandachtspunt. In de bekostiging van de Wlz bestaan ZZP's zonder en met dagbesteding. Dit onderscheid zou er in de Zvw straks niet zijn. Is dat terecht op basis van de Zvw, of zou er ook een mogelijkheid moeten zijn om geen/minder dagbesteding te leveren?
4. Geen mening;
5. Wij herkennen dit probleem, maar zien een groot probleem bij de praktijk. Wettelijk is dit onderscheid helder, maar het omschreven criterium 'gericht op stoornis' (activerende begeleiding) vs. 'niet gericht op stoornis' (ondersteunende begeleiding / dagbesteding) is lastig te operationaliseren. Bijvoorbeeld een schizofrene patiënt die moeilijk contact kan leggen. Er zijn diverse activiteiten denkbaar, maar hoe deel je die in?
   Doordat dit onderscheid niet goed te maken is, ontstaat er een sterkere prikkel om op AB te schrijven. Op dit moment kan er gekozen worden tussen dagbesteding (uren) en vaktherapie (minuten). Zoals jullie terecht aangeven is er een prikkel om op vaktherapie te schrijven. Als dagbesteding wordt opgenomen in de verblijfsprestatie, ontstaat de keuze tussen niets schrijven (want dagbesteding wordt toch al vergoed) en vaktherapie schrijven. Het wordt daarmee lucratiever om bij twijfelgevallen op vaktherapie te schrijven;

6. Over aanbeveling 1 en 2 hebben wij geen opmerking of aanvulling.
   Over aanbeveling 3 (indeling vijf klassieke vaktherapieën) het volgende. Op dit moment kennen we drie vormen in de codelijst: creatief, psychomotorisch en overig. Binnen creatief wordt geen verder onderscheid gemaakt naar beeldend, dans, drama en muziek. Wel wordt per soort vastgelegd of het gaat om patiënt individueel, patiënt groep, systeem zonder patiënt individueel, systeem zonder patiënt groep, systeem met patiënt individueel of systeem met patiënt groep. Een aanpassing zou dus betekenen dat er 5 soorten ontstaan (nu 3) met daarbinnen 6 mogelijkheden (nu ook 6). Dat kan, maar is misschien erg gedetailleerd. Dit vergt dus nadere uitwerking. Het laten vervallen van vaktherapie overig zullen we eerst moeten onderzoeken op de gevolgen. Er wordt namelijk op geschreven, dus het laten vervallen heeft gevolgen voor zorgaanbieders. Wat ons betreft is dus nog niet zeker dat deze categorie zondermeer kan vervallen;
   Over aanbeveling 4 (integreren dagbesteding in verblijf) geldt ook dat dit nader onderzoek nodig heeft. De vraag hier is aan welke ingangsdatum wordt gedacht. Per 2017 worden de tarieven GGZ herijkt. We onderzoeken momenteel met het veld via welk model dat zou gaan. Een keuze om dagbesteding anders te bekostigen, is een fundamentele die al snel bekend moet zijn. 2017 zou snelle besluitvorming vergen.

Tot zover. Neem voor vragen gerust contact op. Succes met het vervolg!

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Zorgautoriteit

Jan Jaap Janse
Beleidsmedewerker | Directie Zorgmarkten Cure

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: 030 29 68 938 (secretariaat) | **E:** jjanse@nza.nl | **W:** www.nza.nl

---